
**ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
PER LA MEDICINA GENERALE
TRIENNIO 2018-2020**

Indice

| | |
|--|--------|
| Legenda | pg. 3 |
| Premessa ed Obiettivi | pg. 4 |
| Riferimenti normativi | pg. 4 |
| Organizzazione | pg. 5 |
| • Nuclei di Cure Primarie – Aggregazioni Funzionali Territoriali | pg. 5 |
| • Referenti di Distretto e DCP, Coordinatori di NCP/AFT | pg. 6 |
| • Accordo Quadro per le Medicine di Gruppo | pg. 6 |
| • Sviluppo dell'Associazionismo e dei NCP/AFT | pg. 6 |
| • Ambulatori Infermieristici | pg. 7 |
| • Hospice, Case della Salute, Ospedali di Comunità | pg. 8 |
| Governo | pg. 8 |
| • Comitato Aziendale | pg. 8 |
| • Coordinamento della Medicina Generale | pg. 8 |
| • Elaborazione, Attuazione e Verifica dei PDTA | pg. 9 |
| Formazione | pg. 11 |
| • Animatori di Formazione | pg. 11 |
| • Coordinamento degli Animatori di Formazione | pg. 11 |
| • Formazione Continua | pg. 11 |
| Prevenzione | pg. 12 |
| • Prevenzione delle Malattie Infettive | pg. 12 |
| • Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari | pg. 14 |
| • Prevenzione delle Malattie Oncologiche | pg. 15 |
| Cronicità | pg. 15 |
| • Diabete | pg. 16 |
| • BPCO | pg. 18 |
| • Scopenso Cardiaco | pg. 19 |
| Domiciliarità | pg. 20 |
| Coinvolgimento del paziente | pg. 21 |
| Appropriatezza | pg. 22 |
| Finanziamento | pg. 22 |
| Norme Finali | pg. 24 |
| Norme Transitorie | pg. 24 |

Legenda

| | |
|---------|--|
| AAA | Accordo Attuativo Aziendale |
| ACN | Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, integrato e modificato in data 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010 |
| AD | Assistenza Domiciliare |
| ADI | Assistenza Domiciliare Integrata |
| AFT | Aggregazioni Funzionali Territoriali |
| AIL | Accordo Integrativo Locale |
| AIR | Accordo Integrativo Regionale reso esecutivo nell'ottobre 2006, integrato e modificato nel luglio 2011 |
| AUSL | Azienda USL di Ferrara |
| BPCO | Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva |
| CA | Comitato Aziendale |
| CAF | Coordinamento degli Animatori di Formazione |
| CdS | Casa della Salute |
| CDCA | Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale |
| CMG | Coordinamento della Medicina Generale |
| ContAss | Continuità Assistenziale |
| CP | Cure Primarie |
| CPD | Commissione Professionale per le Cure Domiciliari |
| CRA | Casa Residenza per Anziani |
| DPC | Dipartimento di Cure Primarie |
| EBM | Evidence Based Medicine |
| ECM | Educazione Continua in Medicina |
| FIMMG | Federazione Italiana Medici di Famiglia |
| GI | Gestione Integrata |
| I | Infermiere |
| IRC | Insufficienza Renale Cronica |
| MdG | Medicina di Gruppo |
| MG | Medicina Generale |
| MiR | Medicina in Rete |
| MMG | Medico di Medicina Generale in senso stretto o Medico di Famiglia |
| MMG-CA | Medico di Medicina Generale di Continuità Assistenziale |
| NAO | Nuovo Anticoagulante Orale |
| NCP | Nucleo di Cure Primarie |
| OO SS | Organizzazioni Sindacali |
| OsCo | Ospedale di Comunità |
| PAF | Piano Annuale Formativo |
| PDTA | Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali |
| PLS | Pediatra di Libera Scelta |
| PIIP | Prestazioni di Particolare Impegno Professionale |
| RCP | Rete delle Cure Palliative |
| RER | Regione Emilia-Romagna |
| RLCP | Rete Locale Cure Palliative |
| ROAD | Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare |
| SD | Struttura Diabetologica |
| SNAMI | Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani |
| SSI | Scheda Sanitaria Individuale |
| SSR | Servizio Sanitario Regionale |
| TAO | Terapia Anticoagulante Orale |
| TT | Tavolo Trattante |
| UO | Unità Operativa |
| VRQ | Verifica Revisione Qualità Assistenza |

PREMESSA ED OBIETTIVI

L'AAA 2018-2020 costituisce la prosecuzione del percorso di collaborazione fra l'Azienda USL di Ferrara e la Medicina Generale definita nell'ambito delle Cure Primarie e si propone di favorire un uso più razionale delle risorse economiche e strumentali messe a disposizione, attraverso l'adozione di progetti assistenziali volti al perseguimento dell'efficacia, dell'efficienza e della verificabilità degli interventi supportati da un'attenta e continua formazione professionale.

L'assistenza territoriale si pone all'interno di un contesto ampio e complesso che richiede una continua ridefinizione alla luce delle evoluzioni e dei mutamenti del quadro sociale, economico ed epidemiologico. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

Il presente AAA pertanto, pur nel cambiamento determinato dal recente contesto normativo - economico nazionale e nella conclusione di un'importante fase di riorganizzazione della medicina generale provinciale, rappresenta la continuazione di un nuovo ciclo di collaborazione per la realizzazione di progetti finalizzati al consolidamento e allo sviluppo della rete integrata dei servizi territoriali e al loro governo.

Nell'ambito degli strumenti che la Regione Emilia Romagna ha promosso per favorire l'azione e lo sviluppo delle attività territoriali, sono di rilevanza fondamentale i NCP, che si configurano come perno di un vasto processo di ridefinizione dell'organizzazione.

È comunque prevista per i NCP una evoluzione ad AFT di tipo monoprofessionale, che costituiranno la nuova base di organizzazione territoriale.

Inoltre la programmazione AUSL porterà nei prossimi anni ad ulteriore sviluppo delle Case della Salute e delle strutture territoriali intermedie.

L'Azienda USL di Ferrara è interessata allo sviluppo di modelli integrati in cui medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed infermieri collaborano alla programmazione dell'attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale per l'erogazione di prestazioni e consulenze.

Il nuovo scenario organizzativo consentirà di garantire una maggiore accoglienza, una maggiore collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), che potranno condividere i percorsi assistenziali in un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo in data 23 marzo 2005 integrato e modificato in data 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010
- AIR attuativo dell' ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo nell'ottobre 2006, integrato e modificato nel luglio 2011

- Legge 189/2012 di conversione, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- Patto per la salute 2014 – 2016 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016
- DGR n°2128 del 05/12/2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa"
- Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016
- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in GU il 18 febbraio 2017.
- Definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza, di cui all'articolo1, comma 7, del DL 30 dicembre 1992, n. 502: DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in GU n. 65 del 18 marzo 2017
- Linee di indirizzo nazionale sui PDTA per le Demenze, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 26 ottobre 2017

ORGANIZZAZIONE

NUCLEI DI CURE PRIMARIE/AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Il NCP/AFT rappresenta la parte territoriale principale di una rete integrata di servizi ed a sua volta costituisce una rete clinica di professionisti ed è struttura organizzativa di base del DCP.

Nell'ambito del Distretto i NCP/AFT sono articolazioni organizzative del DCP, volte a perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

L'organizzazione distrettuale dei NCP/AFT viene confermata come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo (ALLEGATO 1), parte integrante del presente atto, nel quale vengono altresì specificati gli incarichi di responsabilità attribuiti ai MMG e relativi compensi per le loro attività.

Tale organizzazione potrà essere rivista alla luce delle indicazioni regionali del nuovo AIR.

Gli strumenti di integrazione del NCP/AFT sono le riunioni semestrali, autonomamente gestite e organizzate dai coordinatori di ogni NCP/AFT e tenute in una sede fornita dall'AUSL; la durata è di almeno 2 ore, in fasce orarie preferibilmente coperte dalla Continuità Assistenziale; tali incontri sono finalizzati alla valutazione dei reports di NCP/AFT ed a interventi di formazione, su temi inerenti gli obiettivi regionali e aziendali.

La partecipazione ai due incontri di NCP/AFT previsti rappresenta anche il completamento dell'adesione obbligatoria al NCP/AFT da parte del MMG e costituisce titolo al riconoscimento della quota di € 1,30/assistito/anno; eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in CA.

REFERENTI DI DISTRETTO E DCP COORDINATORI DI NCP/AFT

Queste figure sono prorogate nei loro incarichi fino alla definizione del nuovo AIR conseguente al nuovo ACN alle stesse condizioni di cui all'AAA 2014-2016 e 2017, come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo (ALLEGATO 1).

Verranno sostituiti, così come previsto dagli Accordi vigenti, i Coordinatori degli NCP o i Referenti di Distretto e DCP qualora dimissionati o pensionati.

Per i Coordinatori e per i Referenti si prevedono eventi di formazione specifica di tipo manageriale.

ACCORDO QUADRO PER LE MEDICINE DI GRUPPO

L' Accordo Quadro per le MdG vigente, così come definito nei relativi ALLEGATO 2, ALLEGATO 2a, ALLEGATO 2b rappresenta il punto di partenza per la disciplina dei rapporti tra le forma associative e l'AUSL, cui si rimanda per gli aspetti operativi.

SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO E DEI NCP/AFT

Lo sviluppo organizzativo delle CURE PRIMARIE prevede la sperimentazione ed il consolidamento delle Sedi di riferimento di NCP/AFT per i MMG di quel NCP/AFT e per i MMG-CA, potendo anche essere punto di continuità assistenziale per ambiti territoriali sufficientemente ampi.

Le forme associative, previste dall'art 54 ACN, rappresentano le organizzazioni della MG, che meglio rispondono ai bisogni di salute dei cittadini, attraverso una maggiore continuità di cura ed una migliore accessibilità ai servizi.

In particolare le MdG e le MiR "avanzate", inserite nei NCP/AFT, favoriscono la gestione delle patologie croniche e la continuità assistenziale.

Sono da intendersi "avanzate" le MiR, per le quali è prevista l'estensione della fascia oraria oltre la settima ora, con attività in parte svolta nelle Sedi di NCP/AFT, finalizzata alla presa in carico dei pazienti cronici da parte del MMG e dei Medici di Continuità Assistenziale.

Lo sviluppo dell'Associazionismo e dei NCP/AFT presuppone:

1. lo sviluppo graduale delle MdG e delle MiR "avanzate" nell'ambito dei NCP/AFT con relativa Sede di riferimento, principale e/o secondaria;
2. l'omogeneizzazione in ambito provinciale della struttura organizzativa ed oraria nei NCP/AFT dell'AUSL con relative MdG e MiR "avanzate" ed Ambulatori di NCP/AFT di riferimento, in particolare per quanto riguarda l'istituto dell'estensione della fascia oraria, tenuto conto delle particolarità di ogni singolo NCP/AFT;
3. l'espletamento del ruolo del Coordinatore di NCP/AFT secondo quanto stabilito dall'AIR;
4. la condivisione dei sistemi informativi per la diffusione delle informazioni, sia orizzontale che verticale, nell'ambito dei NCP/AFT, in attesa di una armonizzazione degli applicativi in uso;
5. l'informatizzazione dei PDTA;

6. un percorso formativo comune per uniformare le modalità di registrazione dei dati a vantaggio della continuità delle cure dei pazienti in carico e cronici.

Da questi presupposti si evince il ruolo fondamentale della informatizzazione del sistema, che non può prescindere da:

1. adozione di applicativi gestionali compatibili nell'ambito del NCP/AFT;
2. messa in rete orizzontale di tutte le postazioni del NCP/AFT, comprese quelle della Continuità Assistenziale;
3. miglioramento della rete verticale SOLE;
4. adozione di applicativi gestionali che consentano la registrazione dei parametri fondamentali per la corretta gestione delle patologie croniche, secondo i relativi PDTA;
5. adozione di applicativi per la raccolta di indicatori finalizzati a processi di self audit e più in generale di VRQ, al fine di una gestione pro-attiva dei pazienti affetti da patologie croniche, realizzando nella sostanza l'auspicato cambio di paradigma dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa.

AMBULATORI INFERMIERISTICI

Per l'espletamento dei compiti relativi al ruolo del MMG, in particolare nell'ambito della Prevenzione delle Malattie Infettive e delle Malattie Cardiovascolari nonché nell'ambito della Cronicità, oggetto di questo AAA 2018-2020, si ritiene fondamentale l'integrazione col ruolo dell'Infermiere.

Ciò non solo per l'alta prevalenza di alcuni fra i più importanti Fattori di rischio cardiovascolare, quale l'Ipertensione arteriosa, e di alcune Cronicità, quale il Diabete, ma anche per la necessità di sottoporre i pazienti che ne sono affetti a regolari e frequenti controlli, non solo clinici ma anche funzionali e strumentali, previsti dagli specifici PDTA.

E' pertanto indispensabile assicurare l'integrazione con le figure infermieristiche, che contribuisca al raggiungimento degli obiettivi di questo AAA 2018-2020, attraverso l'attivazione o il potenziamento dell'attività infermieristica delle MdG, l'attivazione di Ambulatori Infermieristici nell'ambito degli NCP di riferimento delle MiR "avanzate" e, la cui messa a regime dovrà procedere parallelamente all'attivazione degli Ambulatori Infermieristici nell'ambito delle CdS.

Gli Infermieri dovranno essere assunti direttamente dalle MdG, utilizzando a copertura finanziaria la quota prevista dall'ACN e da quanto concordato nell'AAA, oppure potranno essere forniti dall'AUSL per gli Ambulatori di NCP di riferimento delle MiR "avanzate" e nelle Case della Salute.

L' AUSL si impegna affinché venga:

- erogata la quota prevista dall'ACN e dall'Accordo Quadro delle MdG dell'AAA per l'assunzione degli Infermieri da parte delle MdG non ancora dotate;
- fornita adeguata copertura infermieristica presso gli Ambulatori di NCP di riferimento delle MiR "avanzate" e delle CdS;
- assicurata la necessaria formazione a tutti gli Infermieri nell'ambito di corsi comuni.

HOSPICE TERRITORIALI CASE DELLA SALUTE OSPEDALI DI COMUNITA'

Tenuto conto delle sperimentazioni fin qui sviluppate, che vedono coinvolti i MMG all'interno dell'Hospice Territoriale, delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, si ritiene opportuno rivedere i relativi Accordi al fine di rendere omogenee le esperienze su tutto il territorio AUSL.

Verranno pertanto siglati, per ogni singola tipologia strutturale, degli Accordi Quadro, che saranno collocati in appendice al presente AAA.

GOVERNO

COMITATO AZIENDALE

E' composto dai rappresentanti dell'AUSL e delle OO SS firmatarie dell'ACN , dell'AIR e dell'AAA.

Il CA è presieduto dal Direttore Generale (o suo Delegato) e rappresenta un organismo che, oltre a svolgere i compiti previsti dall'ACN, assume le funzioni di Tavolo Trattante per la produzione del presente AAA, sovrintendendone e presidiandone poi la corretta applicazione.

Le parti stabiliscono che tale organismo ha anche la possibilità di promuovere iniziative correttive od aggiuntive rispetto a quanto previsto nel presente AAA e provvede inoltre alla validazione dei risultati raggiunti rilevati dal monitoraggio dell'AAA.

Il CA si riunirà con una periodicità almeno bimestrale, per verificare lo stato di attuazione del presente AAA.

Per il trattamento economico dei componenti di parte MMG del CA si rimanda a quanto previsto dall'allegato 5 dell'AIR.

Il CA si avvale anche della consulenza delle Commissioni istituite ai sensi della normativa vigente:

- Coordinamento della Medicina Generale (CMG)
- Commissione Professionale per le cure Domiciliari (CPD);
- Commissione del Farmaco di Area Vasta Emilia Centrale (CFAVEC);
- Commissione per il controllo della prescrizione Farmaceutica

COORDINAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE

Con il presente AAA è confermato il CMG quale organismo consultivo del CA, che opera in stretto rapporto con i Direttori dei Distretti e del Direttore del DCP col compito di:

- esaminare le problematiche tecniche che coinvolgono la MG;
- concorrere alla definizione ed all' aggiornamento dei Progetti che coinvolgono la MG;

- monitorare gli stessi Progetti;
- produrre il PAF per la MG, volto anche all'attuazione, monitoraggio e miglioramento degli stessi Progetti;
- coinvolgere i Coordinatori di NCP sulla realizzazione dei progetti, sia direttamente che attraverso l'azione dei Referenti di DCP e di Distretto.

Fra i Progetti assumono notevole rilevanza i PDTA relativi a particolari condizioni cliniche, formulati da specifici Gruppi di Lavoro, seguendo una metodologia tale da condurre alla produzione dei relativi Protocolli Clinici ed Operativi, nonché dei relativi Indicatori di verifica (PDTA Diabete, PDTA BPCO, PDTA Scompenso Cardiaco, ecc.).

I PDTA, lungi dal voler essere indicazioni assolute per gli operatori coinvolti, vogliono essere una valida traccia per la formulazione dei PAI, che nei casi di politerapie per comorbidità dovranno tener conto delle raccomandazioni regionali sulla sicurezza delle cure (RISK-ER).

Così pure assumono notevole rilevanza le Raccomandazioni Cliniche ed Operative, relative a più generali aspetti diagnostici o terapeutici (es: Documento regionale di indirizzo per gli usi appropriati di ACE INIBITORI e SARTANI, Documento regionale sulla VITAMINA D nella pratica clinica, Documento regionale di indirizzo per gli INIBITORI DI POMPA PROTONICA).

Per quanto riguarda la Formazione il CMG, su mandato del CA, si pone come momento di sintesi programmatica tra le esigenze e le indicazioni dell'AUSL e quelle formative raccolte dal CAF.

Il CMG è composto dai 3 Referenti di Distretto e DCP della MG, dai Direttori dei Distretti e dal Direttore del DCP. Saranno chiamati a collaborare con CMG il Coordinatore degli animatori di formazione, i Coordinatori di NCP/AFT e i Consulenti delle Società Scientifiche, in rapporto alle problematiche emergenti. Il CMG è allargato ad altri professionisti in relazione alle tematiche affrontate.

Il CMG si riunirà con una periodicità utile per verificare anche lo stato di attuazione del presente AAA.

Per i componenti di parte MMG chiamati a collaborare col CMG nelle commissioni o gruppi di lavoro si rimanda a quanto previsto dall'Allegato 5 dell'AIR per l'impegno orario e per il relativo compenso economico; per quel che riguarda le spese di sostituzione si assumono le stesse tariffe forfettarie previste per i Referenti di Distretto e DCP (ALLEGATO 1).

L'impegno orario dei Referenti di Distretto e DCP è compreso nell'orario del loro incarico aziendale.

ELABORAZIONE, ATTUAZIONE E VERIFICA DEI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Elaborazione

La richiesta per la elaborazione di un nuovo PDTA, relativo ad una particolare condizione clinica, deve pervenire alle Direzioni Aziendali, che in caso affermativo istituiscono uno specifico Gruppo di Lavoro per l'elaborazione dello stesso PDTA.

Se il PDTA prevede il coinvolgimento della MG, la Direzione AUSL coinvolge il CA per una sua valutazione e per la designazione di MMG esperti in seno al Gruppo di Lavoro, sentito il parere del CMG.

L'elaborazione e l'aggiornamento periodico dei PDTA è a cura dei Gruppi di Lavoro e devono essere ratificati dal CA per quanto riguarda gli aspetti relativi al coinvolgimento della MG.

I PDTA devono perseguire l'Appropriatezza degli interventi, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, nonché la Verificabilità degli stessi, attraverso la valutazione di indicatori specificatamente predisposti, per cui devono comprendere:

- Protocolli Clinici, che consentano di declinare nella realtà locale le Linee Guida internazionalmente riconosciute e suffragate dalla EBM, al fine di migliorare l'efficacia;
- Protocolli Operativi, che contribuiscano a garantire la continuità e l'integrazione degli interventi, in particolare con i medici consulenti, gli infermieri, gli altri operatori sanitari e del sociale, nonché le associazioni dei pazienti, nel contesto dello sviluppo dei NCP/AFT; ciò attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della diagnostica e della farmaceutica, nel rispetto dei principi di economia sanitaria; il tutto al fine di migliorare l'efficienza;
- Protocolli di Valutazione, che conducano all'applicazione di un percorso di VRQ dell'assistenza, basato su un sistema informatico di raccolta dati ed elaborazione di indicatori utili alla produzione di reports da discutere fra operatori per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

I PDTA devono inoltre prevedere:

- la definizione dei criteri di inclusione/esclusione nel percorso;
- la strategia diagnostica utile alla definizione del caso clinico, identificando i criteri per la presa in carico da parte dei MMG e/o degli specialisti;
- la definizione precisa dei ruoli dei singoli operatori dei diversi setting assistenziali (MMG, Infermiere, Specialista);
- i criteri per l'invio alle strutture specialistiche in caso di scompenso/aggravamento;
- coinvolgimento del Servizio Sociale;
- coinvolgimento delle Farmacie;
- coinvolgimento delle Associazioni dei Pazienti e di Volontariato;
- la definizione degli indicatori (di struttura, di processo, e di esito) per il monitoraggio dell'andamento del processo di cura e per la definizione del raggiungimento degli obiettivi;
- la periodicità della loro revisione;
- la completa informatizzazione, che consenta:
 - l'istituzione di registri per patologia,
 - la raccolta di indicatori e loro analisi in tempo reale,
 - l'individuazione delle criticità gestionali ed inserimento di avvisi in SSI che permettano una medicina di iniziativa,
 - la restituzione degli indicatori riferiti al livello aziendale, di NCP/AFT, MiR o MdG ed individuale per la loro discussione nei mini-audit o incontri di NCP.

Attuazione

L'attuazione di ogni PDTA, per quanto riguarda i compiti di competenza della MG, è a cura del DCP, che deve farsi carico anche della fase formativa ed organizzativa propedeutica.

La formazione, oltre che propedeutica all'attuazione dei PDTA, è anche finalizzata alla divulgazione degli aggiornamenti dei Protocolli Clinici ed Operativi ed alla discussione dei Reports di attività necessari alla Verifica.

Verifica

La Verifica di ogni PDTA, per quanto riguarda i compiti di competenza della MG, è a cura del CA, coadiuvato dal CMG.

La verifica dei PDTA si avvale di un sistema informativo, che consente la raccolta di dati utili al calcolo di indicatori di qualità e la produzione di Reports da discutere fra gli Operatori coinvolti.

Il sistema informativo è garantito dal DCP, su indicazione del CA, coadiuvato dal CMG, così come allo stesso CA, coadiuvato dal CMG spetta la ratifica dei Reports.

La discussione dei Reports al fine di rilevare le criticità distrettuali, di NCP, di singola Forma Associativa o di singolo MMG ed individuarne le soluzioni atte al raggiungimento degli obiettivi preposta spetta al CMG, coadiuvato dai Coordinatori di NCP.

La discussione delle criticità al fine di attuare le soluzioni atte al raggiungimento degli obiettivi preposti, spetta ad ogni singolo Distretto attraverso i Referenti di Distretto e di DCP per la MG, al Direttore di UO dei NCP, i Coordinatori di NCP, ai Referenti delle Medicine di Gruppo e delle MiR Avanzate nel contesto dei mini audit, degli Incontri di NCP e, se necessario, di incontri con singoli MMG.

FORMAZIONE

ANIMATORI DI FORMAZIONE

Viene riconfermato il valore del prezioso contributo degli Animatori di Formazione, che avranno le seguenti funzioni:

- Raccolta dei bisogni formativi da sottoporre alla valutazione del CMG;
- Predisposizione dei programmi dei singoli eventi;
- Scelta e predisposizione del materiale didattico informativo per il pacchetto di autoapprendimento;
- Individuazione e coinvolgimento dei Docenti;
- Organizzazione del Corso Master aziendale per Animatori di formazione e Coordinatori di NCP/AFT;
- Predisposizione dei relativi test necessari per l' ECM;
- Organizzazione degli incontri formativi secondo le tipologie successivamente esposte;
- Conduzione dei momenti assembleari degli incontri;
- Analisi e valutazione dei test ECM con relazione finale dell'incontro.

E' possibile in via eccezionale ricoprire sia il ruolo di Coordinatore NCP/AFT che quello di Animatore di formazione con diritto ai relativi riconoscimenti economici, in attesa di nuovi Medici Animatori

Per quanto riguarda la retribuzione degli Animatori di formazione si rimanda allo specifico Accordo integrativo, di cui all'ALLEGATO 3

COORDINAMENTO DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE

In relazione al ruolo fondamentale riconosciuto alla formazione nell'ambito della MG, si ritiene importante la costituzione di un CAF, costituito dagli Animatori attivi della provincia di Ferrara e dal Coordinatore degli Animatori.

Al CAF spetta l'organizzazione e la realizzazione del PAF, formulato dal CMG ed approvato dal CA, ai sensi di

quanto disposto dall'articolato dell' ACN e dalla normativa per l'ECM, di cui l' AUSL è "Provider".

Il CAF individua il numero dei medici Animatori necessari alla formazione Aziendale, favorendo le iniziative necessarie alla formazione di nuovi Animatori.

FORMAZIONE CONTINUA

Gli incontri formativi dovranno sostenere la Clinical Governance e promuovere il Disease Management, volti al miglioramento della qualità assistenziale e della sua valutazione, anche attraverso lo sviluppo dell'integrazione tra i MMG e gli altri Operatori coinvolti.

Tali incontri formativi prevedono annualmente:

- 2 Convegni provinciali, di 4 ore ciascuno, da realizzarsi nella giornata del sabato, condotti dall'Animatore di Formazione;
- 4 Seminari integrati, di Distretto od Area distrettuale, di 4 ore ciascuno, da realizzarsi nella giornata del giovedì dalle 14.30 alle 18.30, condotti dall'Animatore di Formazione in collaborazione con i Coordinatori di NCP/AFT, che condurranno i Lavori a piccoli gruppi;
- 4 Mini-audit di NCP/AFT, della durata di almeno 2 ore ciascuno, condotti dal Coordinatore di NCP/AFT, (anche di seguito ai Seminari Integrati).

Al fine di garantire la presenza di tutti i MMG agli incontri di formazione si prevede:

- di attivare la Continuità Assistenziale nelle giornate dei Seminari integrati dalle 14.00 alle 20.00

In queste giornate i MMG che svolgono attività ambulatoriale esclusivamente nella fascia oraria pomeridiana dovranno garantirla in quella mattutina.

All' AUSL spettano i compiti di organizzazione logistica degli incontri, in particolare mettendo a disposizione aule didattiche attrezzate.

PREVENZIONE

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Con il presente AAA le parti concordano di dare continuità al progetto, avente l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta alla prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla Regione Emilia-Romagna.

Nell'intento di favorire un risultato apprezzabile per la campagna vaccinale anti-influenzale, le parti concordano quanto segue:

1. l' AUSL si impegna a:

- facilitare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi di vaccino;
- produrre gli elenchi dei soggetti aventi diritto;

2. i MMG si impegnano a:

- prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti;
- chiedere le dosi di vaccino entro la data indicata dall'Azienda USL;
- ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini richiesti;
- restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale, per favorirne l'uso agli altri MMG, e a campagna completata;
- aggiornare il proprio applicativo (scheda sanitaria informatizzata) per consentire l'invio telematico delle avvenute vaccinazioni mediante il Progetto SOLE;
- registrare correttamente l'avvenuta vaccinazione di ogni singolo paziente nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante il Progetto SOLE, anche ai fini del pagamento in tempo reale.

Incentivi per la campagna vaccinale antinfluenzale

L'AUSL riconoscerà ai MMG la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le strutture protette) dell'AIR per ogni paziente vaccinato, appartenente ad una delle categorie a rischio, che verrà liquidata mensilmente grazie alla rendicontazione SOLE.

Ai MMG che abbiano vaccinato almeno il 65% o il 75% della propria popolazione assistita età uguale o superiore a 65 anni, sarà corrisposto, al netto della quota ENPAM, un incentivo come riportato nella seguente tabella:

| Obiettivo individuale raggiunto | Quota aggiuntiva per assistito vaccinato di età \geq 65 anni |
|--|--|
| Vaccinazione da \geq 65% al $<$ 75 % degli assistiti di età \geq 65 anni | € 3,00 |
| Vaccinazione da \geq 75% degli assistiti di età \geq 65 anni | € 6,00 |

Le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target, i cui vaccini vengano acquistati direttamente dagli assistiti, saranno remunerate direttamente dal paziente, ma dovranno essere comunque registrate nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante il Progetto SOLE.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro il primo trimestre dell'anno successivo al termine della campagna vaccinale antinfluenzale.

L' AUSL pagherà l'incentivo ai MMG che ne hanno diritto con le competenze di Giugno pagate a Luglio.

ALTRE VACCINAZIONI

Ai MMG è riconosciuta la somministrazione delle vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica come previsto dalla RER DGR 427/2017, secondo le seguenti modalità:

- Vaccinazione antipneumococcica: si rimanda all'Intesa OO SS MG - RER firmata in data 20/10/2017 per gli aspetti normativi ed economici.

Poiché la RER prevede la vaccinazione antipneumococcica per la coorte dei nati nel 1952 durante l'attuale campagna vaccinale 2017/2018 e a seguire negli anni successivi delle coorti dei nati nel 1953 ecc., nella misura del 40% degli aventi diritto, si concorda un incentivo economico come da tabella sottostante.

Quota base economica per assistito vaccinato della popolazione € 7,50 previa notulazione PPIP con il codice F06 (vaccinazione pneumococcica).

| Obiettivo individuale raggiunto | Quota aggiuntiva per assistito vaccinato anno di riferimento |
|---|--|
| Anno 2018 classe 1953 vaccinazione da ≥ 55% | € 5,00 |
| Anno 2019 e anno 2020 classe 1954 e classe 1955 vaccinazione da ≥ 75% | € 6,00 |

- vaccinazione antimeningococcica: le dosi vengono acquistate direttamente dagli assistiti

Verrà liquidata ai MMG la quota prevista nell'allegato n. 4 dell'AIR per ogni paziente vaccinato, pari a € 7,50 previa notulazione PPIP con il codice F07 (specificando vaccinazione antimeningococcica)

I MMG devono comunicare tutte le tipologie delle vaccinazioni effettuate (escluse le antinfluenzali), presso i loro ambulatori o a domicilio del paziente, al Dipartimento di Sanità Pubblica attraverso l'invio del modulo ALLEGATO 4 all'indirizzo e.mail malattie.infettive@ausl.fe.it

PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari rappresentano la più frequente causa di morte ed invalidità permanente nelle società industrializzate; esse riconoscono come cause favorenti l'Ipertensione arteriosa, le Dislipidemie, il Diabete, l'Obesità, il Tabagismo e la Sedentarietà; cause favorenti che costituiscono i cosiddetti fattori di rischio cardiovascolare maggiore.

Data l'importanza di questi fattori di rischio, nei precedenti AIL ed AAA sono state sviluppate progettualità per favorirne la diagnosi ed il trattamento; progettualità che riteniamo opportuno riprendere nel corso del presente AAA, entro l'anno 2018.

Partendo dai Protocolli Clinici, Operativi e di Verifica, già esistenti per alcuni fattori di rischio, sarà opportuno completare il lavoro, al fine di elaborare un PDTA unico per tutti i fattori di rischio, più agevolmente applicabile dal MMG nella sua attività quotidiana.

L'elaborazione di questo PDTA dovrà tener conto dell'alta prevalenza di molti fattori di rischio cardiovascolare, che impone l'integrazione del ruolo del MMG con quello dell'Infermiere e rende fondamentale l'empowerment del paziente, anche attraverso il coinvolgimento delle loro Associazioni e di quelle di Volontariato.

PREVENZIONE E PRESA IN CARICO DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Si ritiene opportuno migliorare l'adesione dei cittadini agli Screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, coinvolgendo il MMG.

A tal fine entro il 2018 verrà istituito un Gruppo di Lavoro, che definisca le modalità di integrazione fra MMG, Dipartimento di Sanità Pubblica e UO Interaziendale di Oncologia.

CRONICITA'

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, continuità assistenziale per periodi di lunga durata e una forte integrazione tra tutti i servizi coinvolti nella cura attribuendo una effettiva "centralità" della persona e al suo progetto di cura e di vita.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidisciplinare che possa permettere la realizzazione di progetti di cura a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita.

La definizione del Piano di cura rientra tra i compiti della Medicina Generale che, per il rapporto continuativo con il paziente, garantisce obiettivi "strategici" assistenziali.

La gestione integrata è uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. Essa prevede il coinvolgimento del medico di medicina generale in stretta connessione con i livelli specialistici multidisciplinari e i team professionali "dedicati".

In tale concezione le Cure Primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità).

L'aumento della sopravvivenza, nei paesi industrializzati come il nostro, ed il conseguente invecchiamento della popolazione hanno comportato nel tempo un'espansione epidemiologica delle malattie croniche. Spesso tali patologie sono sotto diagnosticate e/o sotto trattate favorendo così le loro complicanze, il conseguente incremento dei costi sanitari e il peggioramento della qualità di vita dei cittadini.

Per tale motivo le parti concordano di sviluppare ulteriormente la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso l'adozione di specifici PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), con relativi Protocolli clinici, operativi e valutativi.

Per quanto attiene la gestione delle patologie croniche, si conferma di individuare nelle MdG e MiR "avanzate" dei NCP/AFT nonché negli Ambulatori Specialistici delle CdS i luoghi di cura naturali per la loro presa in carico, in relazione al loro grado di complessità, secondo quanto concordato negli AIR e negli AAA.

Per il triennio 2018-2020 le parti ritengono di continuare e sviluppare i PDTA relativi a:

- Diabete Mellito
- BPCO
- Scopenso Cardiaco

Il CA, avvalendosi del CMG, darà avvio ad una verifica e revisione continua dei PDTA, funzionali al modificarsi delle strategie diagnostico-terapeutiche. La verifica e revisione dei processi di cura dei PDTA dovrà essere fatta periodicamente anche sulla base della valutazione di indicatori, che costituiranno il polso vitale degli stessi processi.

SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI **NELL'AMBITO DELLE MdG E DELLE MiR "AVANZATE"** **DEI NUCLEI di CURE PRIMARIE**

PDTA DIABETE

Gli Accordi Aziendali, siglati tra OO SS ed AUSL dal 1996 ad oggi, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta all'assistenza dei pazienti con Diabete.

L'applicazione del PDTA Diabete ha portato ad un progressivo aumento del numero di pazienti diagnosticati, ad un progressivo incremento della percentuale di presa in carico dei pazienti da parte dei MMG e ad un progressivo miglioramento degli indicatori di qualità, tanto da portare la nostra AUSL a distinguersi nel panorama delle realtà regionali.

La stessa applicazione del PDTA Diabete, prima attraverso l'uso della scheda B, poi attraverso l'uso degli archivi informatici, ha condotto alla raccolta di dati epidemiologici prima inesistenti.

L'AUSL si impegna ad utilizzare un unico programma informatizzato che avvalendosi anche del Progetto SOLE, sia finalizzato ad una vera gestione integrata dei pazienti diabetici e ad una valutazione degli Indicatori di qualità.

Sulla base dei risultati raggiunti le parti concordano di continuare l'esperienza avviata nei precedenti AIL ed AAA.

Indicatori ed Obiettivi

Ricordando che la presa in carico del paziente diabetico è un obbligo di convenzione, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente diabetico, si assumono come indicatori ed obiettivi:

- **Indicatore di struttura:** % dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici con esenzione specifica 013; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di processo n. 1:** % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di processo n. 2:** % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di esito:** % dei pazienti diabetici ≤ 65 aa presi in carico da almeno 12 mesi con ultima emoglobina glicata ≤ 53 mmol/mol;

Incentivi

Dal 01 gennaio 2018 per Paziente Diabetico in carico al MMG in GI è previsto un incentivo di Euro 85,00 corrisposto mensilmente in dodicesimi.

All'inizio di ogni anno il numero di Pazienti Diabetici effettivamente in carico al MMG in GI verrà definito sulla base

dell'elenco inviato dall'AUSL all'inizio di dicembre al MMG, successivamente aggiornato dallo stesso e reinviato all'AUSL entro il 31 gennaio dell'anno in corso.

I nuovi pazienti diabetici, dimessi in GI al MMG dalla SD, dovranno essere notulati, al momento della presa in carico, nel riepilogo delle PPIP con la dicitura "DIABETE Attivato".

I pazienti in GI che vengano affidati alla SD in maniera definitiva dovranno essere dimessi dalla GI con la comunicazione tramite modulo PPIP con la dicitura "DIABETE Dimesso" che sarà resa efficace secondo il meccanismo della scelta/revoca.

Sulla base degli indicatori precedentemente espressi, potranno essere riconosciuti i seguenti 3 incentivi, se il MMG ha raggiunto l'Obiettivo relativo all'indicatore di struttura (55%)

- **€ 10 / paziente diabetico, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento, se raggiunto l'Obiettivo relativo all' Indicatore di processo n.1 (55 % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento), una tantum annuale.
(incentivo: € 10 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento almeno 1 LDL)**
- **€ 10 / paziente diabetico, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento, se raggiunto l'Obiettivo relativo all' Indicatore di processo n. 2 (55% dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento), una tantum annuale.
(incentivo: € 10 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento 2 o più emoglobine glicate)**

Se raggiunto l'Obiettivo relativo all'Indicatore di processo n. 2, al MMG potrà essere riconosciuto il seguente ulteriore incentivo:

- **€ 25 / paziente diabetico \leq 65 aa, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno 2 emoglobine glicate di cui l'ultima \leq 53 mmol/mol.
(incentivo: € 25 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento 2 o più emoglobine glicate di cui l'ultima \leq 53 mmol/mol)**

Per i pazienti diabetici non ambulabili, seguiti a domicilio in AD, verrà corrisposta come aggiuntiva la quota relativa all'accesso domiciliare come da AIR.

I pazienti inviati a controllo presso il SD tramite una prescrizione con richiesta programmata "P" secondo quanto previsto dal PDTA, si intendono mantenuti in carico al MMG.

Ai fini della corresponsione degli incentivi di qualità le parti concordano che il CMG verificherà i risultati raggiunti dai MMG entro il primo trimestre dell'anno successivo e l'AUSL provvederà alla liquidazione con le competenze del mese di giugno, pagate a luglio.

Il PDTA Diabete è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 5), a cui si rimanda per gli aspetti di presa in carico, monitoraggio e valutazione.

PDTA BPCO

Il PDTA BPCO è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 6), con la sua sintesi operativa 2018 (ALLEGATO 6a) e successive, e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti in Stadio A GOLD 2016 oppure in Assistenza Domiciliare in qualsiasi stadio, sia già diagnosticati che neodiagnosticati.

La diagnosi dei pazienti presi in carico in GI dal 01 gennaio 2018 dovrà essere documentata attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito della SPIROMETRIA secondo quanto indicato nelle sintesi operative.

La Stadiazione GOLD 2016 (A,B,C,D) quando possibile sulla base delle precedenti refertazioni pneumologiche sarà a cura del MMG per i pazienti già diagnosticati ed a cura dello Pneumologo per i pazienti neodiagnosticati.

La presa in carico del paziente dovrà essere registrata sul modulo delle PIPP con la dicitura "BPCO Attivato" e la dimissione con la dicitura "BPCO dimesso" per affidarlo allo pneumologo in caso di aggravamento.

L'AUSL potrà verificare la registrazione dei parametri diagnostici e di controllo (almeno annuali) nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente secondo quanto definito dal PDTA; eventuali anomalie saranno valutate in sede di CA.

Inoltre la presa in carico dovrà essere segnalata dal MMG anche agli ambulatori infermieristici della cronicità/PDA presso le Case della Salute di riferimento attraverso sistemi informatici.

Incentivi di presa in carico pazienti con BPCO

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

€ 40 su base annua, corrisposti in dodicesimi, per la GI del Paziente con BPCO in STADIO A oppure in Assistenza Domiciliare in qualsiasi stadio (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI) a partire dal momento della notulazione sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO Attivata".

Gli incentivi di presa in carico verranno riconosciuti dal 01 gennaio 2018 anche per i Pazienti con BPCO presi in carico nel 2017 e notulati sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO Attivata", entro il primo trimestre 2018.

La presa in carico comporta un controllo annuale clinico e spirometrico semplice senza broncodilatazione del paziente e la somministrazione dei questionari relativi alla dispnea ed alla sintomatologia.

All'inizio di ogni anno il numero di Pazienti con BPCO effettivamente in carico al MMG in GI verrà definito sulla base dell'elenco inviato dall'AUSL all'inizio di dicembre al MMG, successivamente aggiornato dallo stesso e reinviato all'AUSL entro il 31 gennaio dell'anno in corso.

Incentivi per Spirometria semplice senza broncodilatazione

Le MdG devono organizzarsi per essere autonome per l'esecuzione delle spirometrie semplici senza broncodilatazione ai pazienti a rischio di BPCO ed ai pazienti presi in carico in GI.

La spirometria eseguita negli ambulatori delle MdG, con spirometro di proprietà, ai pazienti a rischio di BPCO ed ai pazienti presi in carico in GI, così come previsto dal PDTA, sarà riconosciuta come PPIP e notulata con la voce "Spirometria semplice" alla tariffa di € 27,90.

Tale prestazione potrà essere riconosciuta anche alle MiR avanzate con spirometro di proprietà nel caso non sia disponibile uno spirometro aziendale.

PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Il PDTA SCOMPENSO CARDIACO è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 7), con la sua sintesi operativa 2018 (ALLEGATO 7a) e successive, e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti in Stadio C oppure in Assistenza Domiciliare negli Stadi C o D (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI).

La diagnosi e la stadiazione dovranno essere documentate attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito della VISITA CARDIOLOGICA CON ECOCOLORDOPPLER diagnostica di SC, eseguita preferibilmente presso un Centro/Ambulatorio dello SC. ALLEGATO 8 (elenco Centri/ambulatori)

La presa in carico del paziente dovrà essere registrata sul modulo delle PIPP con la dicitura "SC Attivato" e la dimissione con la dicitura "SC Dimesso" in caso di aggravamento delle condizioni che hanno determinato l'inquadramento nello Stadio C.

L'AUSL potrà verificare la registrazione dei parametri diagnostici e di controllo nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente secondo quanto definito a pg. 28 e pg. 29 del PDTA e garantendo un controllo almeno trimestrale del paziente; eventuali anomalie saranno valutate in sede di CA.

Inoltre la presa in carico dovrà essere segnalata dal MMG anche agli ambulatori infermieristici della cronicità/PDA presso le Case della Salute di riferimento attraverso sistemi informatici.

Incentivi di presa in carico pazienti con SCOMPENSO CARDIACO

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

€ 70 su base annua, corrisposti in dodicesimi per la Gestione Integrata del paziente con scompenso cardiaco in stadio C o stadio D in Assistenza Domiciliare (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI).

Gli incentivi di presa in carico verranno riconosciuti dal 01 gennaio 2018 anche per i Pazienti con SC presi in carico nel 2017 e notulati sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "SC Attivato", entro il primo trimestre 2018.

La presa in carico comporta un controllo almeno trimestrale clinico e/o funzionale.

All'inizio di ogni anno il numero di Pazienti con SC effettivamente in carico al MMG in GI verrà definito sulla base dell'elenco inviato dall'AUSL all'inizio di dicembre al MMG, successivamente aggiornato dallo stesso e reinviato all'AUSL entro il 31 gennaio dell'anno in corso.

COMORBILITA'

Nel caso di comorbilità il paziente verrà preso in carico con un PAI integrato riconoscendo la complessità delle singole patologie anche nella quota economica.

DOMICILIARITA'

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADI 2 e ADI 3

Gli AIL siglati tra OOSS ed AUSL fino al 2013 e l'AAA 2017, si sono posti anche l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta a migliorare l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da patologie invalidanti o terminali, per cui si ritiene che l'ADI debba continuare ad essere capitolo qualificante del presente AAA.

Ciò ancora nell'ottica di una piena attuazione di quanto previsto dalle direttive dell'ACN e dell'AIR, nonché della DGR n. 124/99 relativa a "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari" e della DGR 560/2015 relativa a "Riorganizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative".

Come sottolineato nell'AAA 2017, nell'ambito della formazione obbligatoria dei MMG è stata fatta un'analisi delle attività dell'ADI, che ne ha evidenziato alcune criticità, per il cui superamento le parti concordano di continuare le azioni di miglioramento di seguito elencate:

- coinvolgere la Continuità Assistenziale nello sviluppo dei NCP/AFT (informatizzazione, minore rotazione dei Medici, ecc.);
- coinvolgere maggiormente il Servizio Infermieristico Territoriale nello sviluppo dei NCP/AFT, in particolare per quanto riguarda la presa in carico del paziente, la somministrazione di farmaci ed i prelievi urgenti;
- sviluppare il supporto all'ADI da parte del Volontariato;
- sviluppare il supporto dell'ADI da parte del RLCP;
- sviluppare le consulenze specialistiche domiciliari;
- sviluppare l'attività di fisioterapia domiciliare;
- sviluppare l'attività di nutrizione artificiale domiciliare;
- sviluppare l'integrazione dell'ADI con gli altri servizi territoriali in rete, in particolare con le Case della Salute, l'Hospice, l'OsCo, le altre strutture residenziali e l'Ospedale per quanto riguarda i percorsi di dimissione attivate dalle Centrali Distrettuali (CDCA);
- sviluppare i rapporti col Servizio Sociale, anche per quanto riguarda la figura dell'amministratore di sostegno;
- garantire la fornitura di farmaci al domicilio, compresi quelli in fascia H;
- garantire un'omogenea erogazione dei servizi domiciliari su tutto il territorio provinciale, anche attraverso un coordinamento delle attività dei ROAD.

Incentivi

L'obiettivo aziendale è migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti in ADI 2 e ADI 3, in particolare garantendo la reperibilità del Responsabile Terapeutico ed il supporto della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP).

Le parti concordano di incentivare:

con Euro 150 per l'ADI 2 ed Euro 250 per l'ADI 3, tutti i nuovi casi attivati di ADI 2 e di ADI 3, compresi i passaggi ad ADI 2 ad ADI 3, con:

- accesso congiunto al domicilio del paziente del MMG, dell'Infermiere, per la stesura di un Piano Assistenziale Individuale all'attivazione dell'ADI;
- garanzia di reperibilità telefonica del Responsabile Terapeutico o un suo sostituto, negli orari previsti a

- norma di ACN, nei confronti del paziente e del Servizio Infermieristico Territoriale;
- attivazione della Rete Locale delle Cure Palliative per le ADI 2 oncologiche e ADI 3;

Gli incentivi con Euro 150 per l'ADI 2 ed Euro 250 per l'ADI 3 verranno riconosciuti anche per i casi di ADR attivati nelle CRA, ritenuti equivalenti a casi di ADI 2 oncologiche ed ADI 3 in accordo con il ROAD.

Gli incentivi relativi verranno liquidati con il meccanismo delle PPIP, previa notulazione attraverso una delle seguenti voci: **ADI 2 attivata, ADI 3 attivata, ADR Rete Cure Palliative attivata.**

In seguito alla verifica annuale dei casi conclusi, se il PAI non sarà rispettato si procederà al recupero delle somme erogate.

ALTRI PROGETTI

Nel corso dello stesso anno 2018 il CA, nella sua qualità di TT per gli AAA, dovrà affrontare la possibilità di ridefinire o reintrodurre oltre alle CdS e degli Os.Co., di cui abbiamo già parlato, progettualità relative a:

- Appropriately prescrittiva diagnostica: si ribadisce la necessità di mantenere l'attuale livello di riduzione delle TC osteoarticolari e Risonanze muscoloscheletriche, potenzialmente inappropriate;
- Appropriately prescrittiva farmaceutica: si ribadisce la necessità di mantenere all'82% le prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto;
- CRA: si ribadisce la necessità di mantenere quanto concordato nell'allegato n. 6 dell'AIR e come definito dal CA del 09/05/2017;
- Demenze: nuova progettualità, di cui si dovrà discutere nel TT.
- Insufficienza renale cronica: di cui si dovrà discutere nel TT, tenendo conto che il problema dovrà essere inserito nel più ampio contesto del rischio CV.

Tutto ciò precisando, che sarà comunque possibile una ridefinizione delle varie materie in relazione ai contenuti del nuovo ACN e relativo AIR.

COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

Nei moderni modelli di gestione delle cronicità, per massimizzarne l'efficacia e l'efficienza, il paziente deve essere coinvolto nel suo Piano di Cura mediante un vero e proprio Patto di Cura, dove egli e la sua famiglia acquisiscono le abilità necessarie ad autogestire la propria malattia cronica.

L'informazione e la consapevolezza, anche attraverso azioni di Educazione Terapeutica Strutturata, sono condizioni essenziali perché il paziente sia effettivamente attivo, responsabilizzato e capace di esercitare un controllo efficace della patologia da cui è affetto sentendosi al centro del suo Piano di Cura.

Pertanto si ritiene fondamentale che i Gruppi di Lavoro rivedono in futuro i PDTA considerando anche il 'Patto di Cura' come un prodotto da standardizzare sia sotto il profilo metodologico che contenutistico, che va periodicamente rinforzato e deve essere valutabile.

APPROPRIATEZZA

Le parti concordano di vincolare la corresponsione delle seguenti percentuali della quota di € 3,08 di cui all'art. 59, lettera B, comma 15, dell'ACN al raggiungimento degli obiettivi seguenti:

- 1) 20% della quota per l'adesione al progetto diabete;
- 2) 40% della quota per l'attività di educazione permanente individuale, finalizzata agli stili di vita;
- 3) 40% della quota per la partecipazione annuale ad almeno tre dei quattro mini-audit finalizzati al raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali per l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico e specialistico. Eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in CA.

Le quote relative ai punti 1) e 3) verranno recuperate al mancato raggiungimento dell'obiettivo, a seguito delle valutazioni complessive del CA.

Il recupero relativo agli stessi punti per l'anno 2017 verrà effettuato con le competenze di Settembre pagate a Ottobre e conseguentemente nello stesso periodo per gli anni a venire oggetto dell'AAA.

FINANZIAMENTO

La base di partenza comprende il consuntivo di spesa per l'AAA relativamente all'anno 2017 con una implementazione, per il finanziamento relativo ai progetti della cronicità e dello sviluppo delle forme organizzative (Medicine di Gruppo e MiR avanzate), per un valore complessivo di € 1.500.000 nell'arco del triennio 2018-2020.

Le parti convengono che il sostegno economico di sviluppo concordato ha una declinazione di massima per l'anno 2018 come da tabella seguente.

TABELLA ANALISI COSTI PREVISTI NEL 2018 SU CAPITOLI TRATTATI NELL'AAA

| ORGANIZZAZIONE | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | TOTALE COSTI PREVISTI NEL 2018 SU CAPITOLI TRATTATI |
|--|-------------------------------|------------------|--|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------|-----------------|---|---|
| | | 353.209 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26.414 | 0 | |
| TOTALE PARZIALE | | 353.209 | | 0 | | | 26.414 | | | 379.623 |
| ASSISTENZA MEDICA POSTI LETTO TERRIT. | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 111.136 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTALE PARZIALE | | 111.136 | | 0 | | | 0 | | | 111.136 |
| CASE DELLA SALUTE/AMBULAT ORIO NCP | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 416.808 | 0 | 0 | 4.739 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTALE PARZIALE | | 416.808 | | 4.739 | | | 0 | | | 421.547 |
| ASSISTENZA MEDICA IN HOSPICE | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 10.331 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTALE PARZIALE | | 10.331 | | 0 | | | 0 | | | 10.331 |
| MEDICINE DI GRUPPO | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 1.482.280 | 255.339 | 449.040 | 0 | 11.000 | 44.163 | 183.863 | 35.600 | 239.586 | |
| TOTALE PARZIALE | | 2.186.659 | | 55.163 | | | 459.049 | | | 2.700.871 |
| MEDICINE IN RETE | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 751.352 | 152.671 | 0 | 21.567 | 12.813 | 0 | 47.115 | 27.109 | 0 | |
| TOTALE PARZIALE | | 904.023 | | 34.380 | | | 74.224 | | | 1.012.627 |
| ADI | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 50.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50.000 | |
| TOTALE PARZIALE | | 50.000 | | 0 | | | 50.000 | | | 100.000 |
| DIABETE | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 1.275.029 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 117.748 | |
| TOTALE PARZIALE | | 1.275.029 | | 0 | | | 117.748 | | | 1.392.777 |
| BPCO | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15.452 | |
| TOTALE PARZIALE | | 0 | | 0 | | | 15.452 | | | 15.452 |
| SCOMPENSO CARD. | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30.905 | |
| TOTALE PARZIALE | | 0 | | 0 | | | 30.905 | | | 30.905 |
| VACCINAZIONI | ACN STORICO | AIR STORICO | AAA STORICO | ACN TRASCIN. | AIR TRASCIN. | AAA TRASCIN. | ACN SVILUPPO | AIR SVILUPPO | AAA SVILUPPO | |
| | 0 | 559.949 | 50.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40.051 | 10.000 | |
| TOTALE PARZIALE | | 609.949 | | 0 | | | 50.051 | | | 660.000 |
| | COSTI STORICI (= 2017) | | TRASCINAMENTI 2017 VERSO 2018 | | | SVILUPPO 2018 | | | TOTALE COSTI PREVISTI NEL 2018 SU CAPITOLI TRATTATI NELL'AAA | |
| | 5.917.144 | | 94.282 | | | 823.843 | | | 6.835.269 | |

NORME FINALI

1. Tutte le cifre previste dal presente accordo sono soggette alle disposizioni in materia previdenziale dell'ACN vigente.
2. Al fine di garantire copertura assistenziale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette:
 - viene attivato il Servizio di Continuità Assistenziale nella giornata del sabato dalle ore 8.00, alle ore 20;
 - viene attivato il Servizio di Continuità Assistenziale nelle giornate prefestive, a partire dalle ore 8,00 per offrire al Medico la possibilità di svolgere attività programmata o domiciliare.

Nelle giornate prefestive di festività consecutive i MMG si impegnano a garantire l'attività ambulatoriale per almeno 4 ore giornaliere, o comunque rispettando un orario di apertura congruo alla popolazione di riferimento, da comunicare al Coordinatore NCP/AFT.

All'inizio dell'anno il CA comunicherà le giornate prefestive interessate.

NORME TRANSITORIE

INFORMATIZZAZIONE

Per quanto riguarda i tempi di implementazione della Cartella SOLE si ribadisce che le operazioni verranno concordate con i Medici di Medicina Generale.

Le parti concordano, che sia garantita la interconnessione con SOLE anche per il MMG che mantiene in uso il proprio software, non dando l'adesione alla Cartella SOLE, come ribadito nel verbale d'intesa RER-OOSS.

Ferrara, _____

Letto, approvato e sottoscritto

Per l'Azienda USL Ferrara
il Direttore Generale

Per la FIMMG
Il Segretario Provinciale

Per lo SNAMI
Il Presidente Provinciale
