

PROPOSTA FIMMG
RINNOVO
ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
MEDICINA GENERALE
2023 - 2025

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’Associazione 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
DCP	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
PPIP	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

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 piu' 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
 - Ipotesi di ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. - triennio 2016/2018
-

PREMESSA ED OBIETTIVI

Il nuovo Accordo Attuativo Aziendale per la medicina generale Lug/22-Giu/25 si inserisce e prende corpo in un momento storico del tutto eccezionale caratterizzato dalla pandemia da virus COVID-19 che ha modificato gli assetti sanitari, economici e sociali a livello globale.

Gli aspetti macroscopici emersi, che dovranno essere tenuti in considerazione anche in questo accordo, sono rappresentati essenzialmente dalle disparità territoriali nell'erogazione dei servizi in particolare per la prevenzione e assistenza sul territorio, dall'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e servizi sociali, dalla presenza di elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni.

Da molti anni il sistema sanitario e tutti i professionisti dello stesso erano impegnati su queste tematiche, ma la pandemia, nelle sue caratteristiche di evento imprevedibile e catastrofico, ha dimostrato una certa inefficienza del sistema su alcuni aspetti che dovevano essere presidiati e consolidati da tempo.

Tuttavia, la Pandemia ha anche costituito un eccezionale momento di sviluppo di innovazioni organizzative, favorite dalla accelerazione che hanno subito i processi di digitalizzazione delle attività assistenziali e l'utilizzo dei dati per orientare le decisioni in ambito sanitario.

Da un'esperienza tragica e improvvisa come questa occorre quindi valorizzare gli aspetti innovativi emersi nel corso dell'ultimo anno, cercare di correggere le criticità riscontrate nei nostri sistemi e di individuare gli strumenti più efficaci per farvi fronte.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un'occasione unica che deve mirare ben oltre il ripristino dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria pre-emergenza epidemiologica, bensì trarre spunto da quanto si è verificato per imprimere il cambiamento che da anni tutti gli stakeholder impegnati nel Servizio sanitario nazionale ritengono necessario.

La crescente complessità assistenziale è l'elemento determinante del cambiamento del bisogno di salute della popolazione. Il quadro che emerge mostra un territorio provinciale in decremento demografico, con una popolazione sempre più anziana e con una quota rilevante di persone con patologie croniche e multimorbilità. Questo incremento obbliga ad un ripensamento profondo e ad una conseguente riprogettazione dei luoghi di cura e dei modelli organizzativo/assistenziali, con una riorganizzazione del territorio ed una vera integrazione ospedale-territorio e territorio-sociale al fine di garantire il continuum del percorso, dalla prevenzione alla gestione delle cronicità/fragilità. Tali ripensamento e riprogettazione dei modelli organizzativo/assistenziali passa anche inevitabilmente dalle integrazione frai MMG ed Infermiere.

La rete dei servizi deve superare la verticalizzazione dei sistemi disegnando un'architettura organizzativa che coinvolge le strutture attraverso i professionisti nei diversi livelli di cura, mediante lo sviluppo dei percorsi (PDTA) che hanno lo scopo di uniformare i comportamenti.

Gli elementi sui quali disegnare un sistema delle Cure primarie specificatamente orientato al contrasto e alla cura delle cronicità/fragilità sono:

- L'assistenza primaria deve svolgere un ruolo attivo nei confronti della popolazione assistita, con una forte attenzione alla promozione della salute e alla educazione sanitaria;
 - l'assistenza deve essere erogata sulla base di PDTA concordati a livello aziendale col contributo delle rappresentanze di tutti gli operatori coinvolti;
-

-
- l'attuazione dei PDTA deve essere promossa e favorita dall'organizzazione del lavoro (audit, discussione casi, analisi delle varianze);
 - l'assistenza deve essere accessibile continuamente.

È necessario, pertanto, un approccio integrato attraverso un sistema di "integrazione orizzontale" il cui ruolo centrale è affidato alla Medicina Generale (MG) che, attraverso la gestione integrata è in grado di perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di promozione della salute, efficacia degli interventi, efficienza delle cure e qualità di vita dei pazienti con patologie croniche attraverso:

- l'educazione sanitaria e il coinvolgimento delle persone nell'adozione di stili di vita sani;
- la promozione dell'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- il miglioramento all'aderenza terapeutica.

Questo approccio integrato fra l'altro risulta fondamentale nel mantenere il più possibile al domicilio l'anziano fragile, paziente spesso multi patologico e affetto da gravi disabilità, grazie alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali attivata dal medico di medicina generale anche con il supporto della telemedicina, in un'ottica di miglioramento della qualità di vita del paziente e del caregiver.

La Telemedicina rappresenta infatti un esempio di come le tecnologie possano migliorare l'operatività, nel luogo dove vive il paziente, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti spesso non indispensabili e i relativi costi sociali.

Gli obiettivi sono quelli di:

- allineare i servizi ai bisogni della comunità e dei pazienti anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina per superare o aiutare a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità tra i servizi sanitari offerti sul territorio e a sostegno della domiciliarità.

In considerazione di quanto citato l'accordo si sviluppa secondo le seguenti aree tematiche:

- Prevenzione
- Presa in carico della cronicità anche attraverso la proattività
- Domiciliarità
- Appropriatezza
- Telemedicina

Di fatto pertanto l'AAA Lug/22-Giu/25 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.

ORGANIZZAZIONE

NUCLEI DI CURE PRIMARIE/AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

E SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO

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 dei nuovi ACN 2016/2018 ed 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; 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.

Poiché le forme associative, nelle more del recepimento dell' ACN 2016/2018, 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, possiamo ritenere che il NCP/AFT rappresenti l'insieme delle forme associative che insistono sul suo territorio.

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, ed è previsto un Ambulatorio di NCP/AFT di riferimento, finalizzata in particolare alla presa in carico dei pazienti cronici ed alla continuità assistenziale.

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

1. lo sviluppo graduale delle MdG e delle MiR "avanzate" con relativo Ambulatorio di NCP nell'ambito dei NCP/AFT
 2. l'omogeneizzazione in ambito provinciale della struttura organizzativa ed oraria delle MdG e MiR "avanzate" con relativi Ambulatori di NCP/AFT di riferimento, in particolare per quanto riguarda l'istituto dell'estensione della fascia oraria, tenuto conto delle particolarità di ogni singola forma associativa;
 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.

REFERENTI DI DISTRETTO E DCP COORDINATORI DI NCP/AFT

Queste figure sono prorogate nei loro incarichi fino alla definizione del nuovo AIR conseguente al recepimento dell' ACN 2016/2018 alle stesse condizioni di cui all'AAA 2014-2016, 2017 e 2018-2020, come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo **(ALLEGATO 1)**.

Verranno sostituiti, così come previsto dagli Accordi vigenti, i Coordinatori degli NCP/AFT 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 nel relativo **ALLEGATO 2**, rappresenta il punto di partenza per la disciplina dei rapporti tra le forma associative e l'AUSL, cui si rimanda per gli aspetti operativi.

ACCORDO QUADRO PER GLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Tenuto conto delle sperimentazioni fin qui sviluppate, che vedono coinvolti i MMG all'interno degli Os.Co., si ritiene opportuno rivedere i relativi Accordi al fine di rendere omogenee le esperienze su tutto il territorio AUSL.

PERSONALE INFERMIERISTICO

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 Lug/22-Giu/25, 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.

Controlli che ben difficilmente potranno essere effettuati senza l'empowerment del paziente stesso, anche attraverso il coinvolgimento delle loro Associazioni, con le quali il personale infermieristico potrà essere un elemento di interfaccia privilegiato.

E' pertanto indispensabile assicurare l'integrazione con le figure infermieristiche, che contribuisca al raggiungimento degli obiettivi di questo AAA Lug/22-Giu/25, attraverso l'attivazione o il potenziamento dell'attività infermieristica delle MdG e delle MiR "Avanzate", che dovranno pertanto avere una dotazione infermieristica adeguata e si dovranno raccordare con gli Infermieri di Comunità e dell'Assistenza Domiciliare.

Gli Infermieri dovranno essere assunti direttamente dalle MdG, utilizzando per la copertura finanziaria la quota prevista dall' ACN 2016/2018 e da quanto concordato nell'AAA al relativo Accordo Quadro per MdG, oppure potranno essere forniti dall'AUSL per gli Ambulatori di NCP/AFT di riferimento delle MiR "avanzate".

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" ;
- assicurata la necessaria formazione a tutti gli Infermieri nell'ambito di corsi comuni.

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 Scopenso Cardiaco, PDTA Demenza, 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.

UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PER IL PERSONALE CONVENZIONATO

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 preposti 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.

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 rivedano in futuro i PDTA considerando anche Il 'Patto di Cura' come un prodotto da standardizzare sia sotto il profilo metodologico sia contenutistico, che va periodicamente rinforzato e deve essere valutabile.

Medicina di iniziativa

A questo proposito si inserisce il modello della **“Medicina di iniziativa”** che sta emergendo con sempre più robustezza. Per **“Sanità d’iniziativa”** si intende un **approccio organizzativo per la gestione delle patologie croniche**, di tipo proattivo che non aspetta che il cittadino si ammali o si aggravi, ma agisce prima dell’insorgenza o l’aggravamento delle malattie. La sanità di iniziativa, oltre a garantire le prestazioni cliniche, deve fornire una vasta gamma di interventi preventivi, deve prevedere strutture edilizie e infrastrutture tecnologiche e ha l’obiettivo della riduzione delle disuguaglianze di salute. Il modello di riferimento della sanità di iniziativa è l’Expanded Chronic Care Model (CCM) e utilizza i PDTA elaborati recependo elementi di Evidence Based , derivanti dalle linee guida e coadiuvati da misure di prevenzione e di promozione della salute. Per ridurre il rischio di aggravamento di una patologia cronico – degenerativa è dunque necessario un monitoraggio continuo dello stato di salute dei soggetti interessati e una gestione proattiva della patologia, al fine di mantenerli in un’area a basso rischio finalizzata ad evitare o ritardare le complicanze della patologia.

La sanità di iniziativa è un modello in cui i concetti di patient centered e community oriented sono le facce di una stessa medaglia. Da una parte plasmare i servizi in funzione dei bisogni e dell’empowerment del paziente (accessibilità, informazione, proattività, self care) e dall’altra presidiare l’approccio comunitario e di sanità pubblica (valutazione dei bisogni della comunità, partecipazione dei cittadini, lotta alle disuguaglianze nella salute, interventi di prevenzione primaria). La medicina di iniziativa vede il medico di medicina generale come un pivot che regola i flussi di pazienti e si trova a tutti gli effetti all’interno della rete dei servizi per la gestione del paziente cronico. Ovviamente in questo processo è da ritenersi fondamentale il supporto al MMG all’interno della propria forma associativa da parte del personale infermieristico ed amministrativo, i cui organici dovranno pertanto essere conseguentemente adeguati. Del resto studi sull’applicazione dell’approccio proattivo della cronicità in collaborazione con gli infermieri hanno dimostrato che: l’educazione alla self – care è una componente essenziale di ogni strategia terapeutica efficace che rende il paziente in grado di gestire trattamenti complessi intensivi che vanno mantenuti nel tempo; la continua presa in carico determina una riduzione delle ospedalizzazioni; la realizzazione di interventi che comportano la periodica e strutturata valutazione dei pazienti migliora gli outcomes dei pazienti e dei processi di cura.

FORMAZIONE

ANIMATORI DI FORMAZIONE

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

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

- Raccolta dei bisogni formativi in collaborazione con i Coordinatori di NCP, che si faranno carico di raccogliere le esigenze formative dei MMG, da sottoporre alla valutazione del Coordinamento degli Animatori di Formazione e successivamente 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 degli Incontri in preparazione agli Eventi formativi per gli Animatori di formazione ed i Coordinatori di NCP/AFT;
- Predisposizione dei relativi test necessari per l' ECM;
- Organizzazione degli Eventi formativi secondo le tipologie successivamente esposte;
- Conduzione dei momenti assembleari degli Eventi;
- Analisi e valutazione dei test ECM, per i quali verrà utilizzata l'applicazione Google moduli (o altra analoga), per cui i partecipanti potranno compilare i questionari di valutazione dell'apprendimento ECM, successivamente alla fine dell' Evento, entro un timing preordinato a priori, mentre per la compilazione del questionario di gradimento si continuerà ad utilizzare lo sportello self service aziendale;
 - relazione finale dell'Evento.

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

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".

FORMAZIONE CONTINUA

Il CA avalla il PAF proposto dal CMG, in adempimento a quanto previsto dall'Art. 26 dell'ACN 2016-2018, tenendo presenti in particolare il bisogno formativo dei medici, raccolti dagli Animatori di formazione in collaborazione con i Coordinatori di NCP/AFT.

Gli Eventi formativi dovranno seguire 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.

Gli stessi dovranno essere organizzati tenendo conto degli argomenti da trattare:

- Argomenti nuovi o non recentemente trattati;
- Argomenti recentemente trattati o inerenti i PDTA in essere;

per un monte orario di 32 ore annuali.

Argomenti nuovi o non recentemente trattati

(per l'esposizione degli aspetti clinici e possibilmente operativi in mancanza di PDTA in essere)

- Convegno provinciale, di 4 ore , da realizzarsi nella mattinata del sabato, condotto dall'Animatore di Formazione;
- Seminario integrato di Distretto, di 4 ore , condotto dall'Animatore di Formazione in collaborazione con i Coordinatori di NCP/AFT.

Argomenti recentemente trattati o inerenti a PDTA in essere

(per l'esposizione dei nuovi aspetti clinici ed operativi)

- Seminario integrato di Distretto, di 4 ore , condotto dall'Animatore di Formazione in collaborazione con i Coordinatori di NCP/AFT;
- Mini-audit di NCP/AFT, della durata di almeno 2 ore ciascuno, condotti dal Coordinatore di NCP/AFT, (anche di seguito ai Seminari Integrati).

I Convegni, I Seminari integrati ed i Mini-audit potranno essere organizzati in presenza, in videoconferenza o in presenza/videoconferenza, su giudizio congiunto insindacabile degli Animatori di formazione e dei Coordinatori di NCP/AFT coinvolti.

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 la logistica degli incontri, in particolare mettendo a disposizione aule didattiche attrezzate, con adeguato sistema audiovisivo e stabile connessione alla rete internet.

PREVENZIONE

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Le parti concordano di dare continuità al progetto, avente come obiettivo la prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla RER.

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

l'AUSL si impegna a:

facilitare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi di vaccino, tenendo presente lo storico dell'anno precedente;

nel caso in cui l'approvvigionamento dovesse avvenire in maniera frazionata, la consegna ai MMG dovrà avvenire secondo le stesse proporzioni, tenendo ovviamente presente lo storico dell'anno precedente;

produrre gli elenchi degli assistiti aventi diritto e trasmetterli ai MMG tramite il Portale SOLE.

i MMG si impegnano a:

prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti;

ricevere o ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini assegnati;

restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale, per favorirne l'uso agli altri MMG, e, comunque campagna completata;

la vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE.

Incentivi per la campagna vaccinale antinfluenzale

L'AUSL riconoscerà ai MMG la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le CRA) dell'AIR per ogni paziente vaccinato, appartenente ad una delle categorie a rischio, vale a dire € 7,50 , che verrà liquidata mensilmente grazie alla rendicontazione sul Portale SOLE, valida anche ai fini della comunicazione al DSP.

Ai MMG che abbiano vaccinato almeno il 70% della propria popolazione assistita di età uguale o superiore a 60 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 60 anni
Vaccinazione da \geq 70% al $<$ 75%	€ 3,00

degli assistiti di età \geq 60 anni	
Vaccinazione da \geq 75% degli assistiti di età \geq 60 anni	€ 6,00

Al calcolo della percentuale di vaccinazione concorrerà anche la quota di assistiti vaccinati presso gli Hub Vaccinali.

Per le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target, il vaccino dovrà essere acquistato dal paziente che provvederà, inoltre, a remunerare direttamente il MMG con € 16,00. Dette vaccinazioni dovranno essere 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 e, comunque, non oltre il termine delle competenze di settembre.

VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA

Ai MMG è riconosciuta la somministrazione della vaccinazione antipneumococcica come previsto dalla RER DGR 427/2017 e dall'Intesa OO SS MG - RER del 20/10/2017, per quanto riguarda gli aspetti normativi ed economici.

La quota base economica per assistito vaccinato è stabilita in € 7,50 , come da ALLEGATO n. 4 dell' AIR, previa registrazione sul Portale SOLE, valida anche ai fini della comunicazione al DSP

Poiché la RER nella Campagna Vaccinale 2021/2022 per la Vaccinazione Antipneumococcica per la coorte dei nati nel 1956 pone come obiettivo il raggiungimento del 40% degli aventi diritto, si concorda un incentivo economico come da tabella sottostante.

Obiettivo individuale raggiunto Campagna Vaccinale 2021/2022	Quota aggiuntiva per assistito vaccinato classe di riferimento
Vaccinazione da \geq 55% al $<$ 75 % degli assistiti della classe 1956	€ 5,00

Vaccinazione da $\geq 75\%$ degli assistiti della classe 1956	€ 6,00
--	--------

Nella campagna vaccinale 2022/2023 agli assistiti della coorte 1957 verrà somministrata la prima dose di Vaccino Antipneumococcico con Prevenar 13 ed agli assistiti della coorte del 1956 la seconda dose di Vaccino Antipneumococcico con Pneumovax 23 così come nelle successive campagne vaccinali rispettivamente ai 65 anni ed ai 66 anni.

La vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale 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 e, comunque, non oltre il termine delle competenze di settembre.

Tutti gli assistiti appartenenti alle categorie a rischio potranno comunque ricevere la Vaccinazione Antipneumococcica in qualunque periodo dell'anno.

VACCINAZIONE ANTI COVID19

Relativamente alla vaccinazione anti SARSCOV2 sono stati dapprima stipulati accordi appositi per la vaccinazione di determinati target di popolazione. Il MMG potrà avere un ruolo attivo nella campagna vaccinale mediante l'utilizzo del vaccino più adeguato alla popolazione da immunizzare.

Per le tipologie di pazienti già ricompresi negli accordi stipulati appositamente, si continuerà a fare riferimento a questi ultimi.

Per eventuali nuove tipologie di utenti si ipotizza un completo coinvolgimento dei MMG che potranno operare nei propri ambulatori.

Allo stato attuale nell'intento di favorire un risultato apprezzabile per la campagna vaccinale antiCOVID19, le parti concordano quanto segue:

1. AUSL si impegna a:

- continuare a fornire ai MMG le dosi di Vaccino antiCOVID19 richieste secondo le modalità in essere, vale a dire dietro richiesta a c.rossi@ausl.fe.it

2 i MMG si impegnano a:

- contribuire a vaccinare le persone non vaccinate appartenenti alle classi di età previste dalla normativa;
 - contribuire a vaccinare con dose aggiuntiva le categorie di pazienti immunocompromessi completamente vaccinati come previsto dalla normativa;
-

-
- contribuire a vaccinare con dose di richiamo (booster) gli assistiti che hanno completato il ciclo vaccinale come previsto dalla normativa;
 - continuare a vaccinare i pazienti in assistenza domiciliare o comunque a domicilio, anche se non in assistenza domiciliare, qualora impossibilitati a recarsi presso lo studio del medico, aventi le caratteristiche di cui sopra;
 - registrare la vaccinazione nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale Sole;
 - notulare con PPIP l'accesso domiciliare per la vaccinazione dei pazienti impossibilitati a raggiungere lo studio del MMG e non in assistenza domiciliare e di quelli in ADP/ADI per cui è previsto un compenso aggiuntivo di un accesso domiciliare, indicando "DOMICILIARE COVID19".

L' AUSL riconoscerà ai MMG la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le CRA) dell'AIR per ogni paziente vaccinato, per la prima dose (€ 7,5 e € 7,00 CRA/RSA) ed € 6,16 per la seconda e le successive dosi.

Se necessario per la vaccinazione domiciliare si potrà usufruire del supporto degli infermieri dell'assistenza domiciliare.

Per la vaccinazione domiciliare verrà comunque corrisposto per l'accesso:

- € 25,00 per i pazienti non in assistenza domiciliare, comunque impossibilitati a raggiungere lo studio del MMG;
- quanto previsto per ogni singola tipologia di contratto ADP, ADI 1, ADI 2 ed ADI 3

Per un più attento monitoraggio della situazione ed una più precisa programmazione del calendario vaccinale, l'AUSL si impegna a comunicare periodicamente ai MMG l'elenco dei pazienti vaccinati dagli Hub Vaccinali con relative date di vaccinazione e tipo di vaccino.

E' previsto un contributo orario di € 30,00/ora, con il riconoscimento di 1 ora ogni 12 persone, o frazioni di esse, vaccinate in studio, per oneri amministrativi ed organizzativi.

L' AUSL si impegna altresì a rivedere l'Istruzione Operativa relativa ai Pazienti Allergici e a comunicarla ai MMG.

VACCINAZIONE ANTITETANICA ED ANTIDIFTOTETANICA

Di fatto il MMG si sta facendo carico delle vaccinazioni antitetanica ed antidiftotetanica dei propri assistiti.

Si conferma l'incentivo di € 7,50 per ogni singola vaccinazione, compresi i richiami, registrati e conseguentemente inviati tramite il portale SOLE, sia per gli aspetti economici sia di comunicazione al DSP.

VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCICA

Verrà effettuata su richiesta degli assistiti, che acquisteranno direttamente il vaccino, previa consulenza col DSP e verrà retribuita secondo gli accordi regionali.

TAMPONI NASOFARINGEI PER SARS-COV-2

Utilizzo di test rapidi per la diagnostica per COVID19

I MMG aderenti utilizzeranno i test rapidi per la diagnostica per COVID 19 nei seguenti casi:

- pazienti sintomatici;
 - pazienti asintomatici come screening;
 - pazienti positivi, come da provvedimento di Isolamento emanato dal DSP;
 - contatti stretti asintomatici, come da provvedimento di Quarantena emanato del DSP;
-

La casistica da testare potrà essere modificata, d'accordo fra le parti, in relazione all'andamento pandemico o a nuove disposizioni normative.

I MMG aderenti, su richiesta del paziente positivo, potranno supportare quest'ultimo nella compilazione del Modulo Informatico di Tracciamento inviato dal DSP.

Operatori e Sedi

I test possono essere eseguiti dai MMG aderenti o dal loro personale presso ambienti situati od annessi alle sedi delle MdG, MiR "Avanzate" o Studi medici, nel rispetto dei criteri di sicurezza dettati dalla pandemia in atto.

Relativamente ai tempi di prenotazione é importante considerare che un soggetto positivo o sospetto positivo al SARS-COV-2 deve trascorrere un tempo minimo in aree pubbliche.

I medici titolari di incarichi temporanei, provvisori, di sostituzione a breve o lungo termine (non esclusi i medici frequentanti il corso di formazione specifica), eseguono e rendicontano le attività di testing di cui al presente capitolo con le stesse modalità dei titolari.

Su richiesta dell'AUSL i MMG dovranno specificare la loro adesione.

Trattamento Economico

E' previsto lo stesso trattamento economico riservato alle strutture accreditate.

Uno specifico Protocollo Operativo (ALLEGATO.....) dettaglierà i Compiti del MMG, dell'AUSL e del DSP, nonché gli aspetti relativi alla Formazione degli Operatori.

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, Sedentarietà e scorrette Abitudini alimentari ; 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.

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, nonché la possibilità di ricorrere a Servizi deputati alla disassuefazione dal fumo e alla educazione a corretti stili di vita alimentare e motoria.

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 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 i prossimi anni le parti ritengono di continuare e sviluppare i PDTA relativi a:

- **Diabete Mellito**
-

- BPCO
 - Scopenso Cardiaco
- e di introdurre quello relativo alla:
- Demenze

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.

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:

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	STRUMENTO RILEVAZIONE
Preso in carico del paziente diabetico	<u>Indicatore di struttura</u> % dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici con	Obiettivo $\geq 65\%$;	

	esenzione specifica 013 nell'anno di riferimento		
Gestione del paziente diabetico in carico secondo il PDTA	Indicatore di processo 1 % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento	Obiettivo $\geq 65\%$;	Laboratorio
	Indicatore di processo 2 % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 2 HbA1c registrate nell'anno di riferimento	Obiettivo $\geq 65\%$;	
Esiti della gestione del paziente diabetico in carico	Indicatore di esito 1 % dei pazienti diabetici presi in carico con età ≤ 65 aa con HbA1c del 2° semestre $\leq 53\text{mmol/mol}$ nell'anno di riferimento	Obiettivo $\geq 65\%$;	
	Indicatore di esito 2 % dei pazienti diabetici presi in carico ricoverati per amputazioni nell'anno di riferimento	Obiettivo $\leq 2\%$	Flusso regionale SDO

Incentivi

Per ogni paziente diabetico preso in carico in GI è previsto un incentivo di Euro 60,00 annuo 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 incentivi, se il MMG ha raggiunto l'Obiettivo relativo all'indicatore di struttura (65%):

- € 10 / ogni paziente diabetico in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 1
- € 40 / ogni paziente diabetico in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 2
- € 20 / ogni paziente diabetico in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di esito 1
- € 10 / ogni paziente diabetico in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di esito 2

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 2019 (ALLEGATO 6a) e successive, e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti, sia già diagnosticati che neodiagnosticati.

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

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.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	STRUMENTO RILEVAZIONE
-----------	------------	--------	-----------------------

Gestione del paziente scompensato in carico secondo il PDTA	Indicatore di processo 1 % esecuzione della spirometria nei pazienti presi in carico da almeno 12 mesi	Obiettivo \geq 65%	Registro dei pazienti in carico e delle spirometrie
Aderenza al trattamento per pazienti con BPCO in carico	Indicatore di processo 2 	Obiettivo \geq 65%	Banche dati Farmaceutica ed Esenzioni - RER

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 qualsiasi Stadio (per i pazienti in ADI si aggiungerà la quota per l'ADI) a partire dal momento della notulazione sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO Attivata".

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.

Sulla base degli indicatori precedentemente espressi, potranno essere riconosciuti i seguenti incentivi:

- **€ / ogni paziente BPCO in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 1**
- **€ / ogni paziente BPCO in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 2**

Incentivi per Spirometria semplice

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.

Le spirometrie eseguite negli ambulatori delle MdG, con spirometro di proprietà, così come previsto dal PDTA, saranno riconosciute come PPIP e notulate con la voce "Spirometria semplice" o "Spirometria semplice con broncodilazione" alla tariffa di € 27,90 ciascuna.

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 2019 (ALLEGATO 7a) e successive, e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti previsti dal PDTA (per i pazienti in ADI si aggiungerà la quota per l'ADI).

La diagnosi dovrà essere documentata 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" .

L'AUSL potrà verificare la registrazione dei parametri diagnostici e di controllo nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente secondo quanto definito nella Sintesi Operativa (ALLEGATO 7a) e garantendo un controllo almeno trimestrale del paziente; eventuali anomalie saranno valutate in sede di CA.

La presa in carico dovrà essere segnalata dal MMG in MiR avanzata o meno anche agli ambulatori di NCP/AFT, là dove possibile inserite nelle Case della comunità, attraverso i sistemi informatici.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	STRUMENTO RILEVAZIONE
Gestione dei pazienti con SC in carico secondo il PDTA	Indicatore di processo 1 % dei pazienti scompensati presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 2 controlli nell'anno di riferimento_	Obiettivo ≥ 75%

Aderenza al trattamento per pazienti SC in carico	<u>Indicatore di processo 2</u> 	Obiettivo <u>>765%</u>
---	---	------------------------------	-------

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 (per i pazienti in ADI si aggiungerà la quota per l'ADI).

La presa in carico comporta un controllo trimestrale clinico ed un controllo semestrale funzionale e strumentale .

Incentivi di qualità

Sulla base degli indicatori precedentemente espressi, potranno essere riconosciuti i seguenti incentivi:

- **€ / paziente SC in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 1**
- **€ / paziente SC in carico al MMG da almeno 12 mesi, al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di processo 2**

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.

PDTA DEMENZE

IL PDTA Demenze è stato elaborato da parte di un Gruppo di lavoro composto da operatori (sanitari, sociali, organizzativi) e da un rappresentante delle Associazioni dei familiari e costituisce l'implementazione locale presso l'AUSL del "Progetto regionale demenze" (DGR 990/16) che recepisce le "Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze" approvato in sede di Conferenza Unificata (Rep 130 del 26/10/17).

L'obiettivo del PDTA è quello di definire il percorso assistenziale di presa in carico ed accompagnamento della persona con demenza e dei suoi caregiver, con particolare attenzione alla domiciliarità ed all'attivazione dei vari servizi presenti sul territorio, prendendo in considerazione l'offerta complessiva sanitaria, sociale e socio-sanitaria erogata dalle Aziende USL, dai Comuni, dalle ASP, dalle Cooperative sociali, dal Privato profit e non profit, dal Volontariato e dagli Enti/Servizi del terzo settore.

La bozza del PDTA demenze prevede quattro fasi:

1. Sospetto diagnostico
2. Diagnosi e cura
3. Continuità assistenziale
4. Fase avanzata e cure palliative

Tutti gli attori che partecipano alle varie fasi del PDTA devono agire in maniera integrata a seconda del ruolo e l'AAA 2022-2027 dovrà contribuire al raggiungimento di questo risultato.

Lo stesso PDTA dovrà comunque essere vagliato e quindi recepito dal CMG.

DOMICILIARITA'

Per rispondere efficacemente agli emergenti bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e fragile il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento previsto dal PNRR mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione con una o più patologie croniche e non autosufficiente, secondo le loro necessità cliniche.

Solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di telemedicina.

Rispetto al perseguimento degli obiettivi, le parti concordano di ricostituire la Commissione Professionale per le Cure Domiciliari (CPD) a norma del DGR 124 / 1999 ed attraverso l'azione di governo di quest'ultima continuare le azioni di miglioramento di seguito elencate:

- coinvolgere maggiormente 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 (informatizzazione, minore rotazione degli Infermieri, ecc.);
-

-
- introdurre la Telemedicina (Telecardiologia , ecc.) per il controllo dei pazienti, comprese la Teleconsulenza specialistica ed il Telemonitoraggio da parte del MMG , equiparandolo all'accesso in ADI, anche ai fini economici;
 - sviluppare il supporto all'ADI da parte del Volontariato;
 - sviluppare il supporto dell'ADI da parte del RLCP;
 - sviluppare le consulenze specialistiche domiciliari anche attraverso la Telemedicina;
 - 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 Comunità, 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;

Centrale di dimissione continuità assistenziale

Già da diversi anni le due aziende sanitarie della Provincia di Ferrara hanno organizzato un organismo di supporto in particolare per le dimissioni complesse. La Centrale Unica di Dimissione e Continuità Assistenziale (CDCA) è una struttura organizzativa in cui lavorano insieme infermieri, medici e assistenti sociali, coordinata da un infermiere.

Nella CDCA operano infermieri, medici e assistenti sociali, in modo integrato ("Team multiprofessionale e multidisciplinare esperto") per valutare in modo completo i problemi dei pazienti e delle loro famiglie e trovare le soluzioni più adatte per la dimissione (trasferimento in lungodegenza, oppure assistenza domiciliare, hospice e rete delle cure palliative, ospedale di comunità, CRA).

La Centrale Unica di Dimissione e Continuità Assistenziale diventa l'unico punto di riferimento per i diversi tipi di "dimissione complessa", preoccupandosi di pianificare, armonizzare e coordinare in una sequenza personalizzata a seconda dei bisogni di salute del paziente le seguenti azioni:

- ricevere la richiesta di dimissione dai reparti ospedalieri e dalle strutture private accreditate;
- informare e orientare paziente e familiari su come accedere ai servizi necessari;
- valutare in accordo con le direzioni dei reparti ospedalieri il percorso più appropriato per il paziente;
- gestire tutti i processi di dimissione complessa, ottimizzare le attività di valutazione, evitando il ricorso a commissioni multiple;
- ridurre i tempi di attesa di valutazione e trasferimento del paziente, coinvolgendo il medico di medicina generale e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio fuori dall'ospedale.

Il team multi professionale esperto afferente alla Centrale Unica di Dimissione e Continuità Assistenziale, viene contattato in ospedale nei casi in cui la dimissione dal reparto ospedaliero presenti criticità, al fine di programmare la continuità della cura attivando allo stesso tempo tutti gli interventi servizi socio-sanitari necessari, effettua una

visita al paziente e raccoglie informazioni oltre che dai sanitari del reparto che lo hanno in cura anche dai familiari ed eventualmente dai servizi sociali o sanitari (se già era in carico ai servizi). Formula un Progetto Assistenziale Integrato -PAI- identificando il luogo finale ed eventualmente la sede intermedia temporanea di collocazione. Condivide il PAI con paziente e famiglia e attiva i servizi/supporti necessari alla sua realizzazione o direttamente o supportando la famiglia nei passaggi tra uffici o servizi.

Qualora il Team multi professionale esperto afferente alla Centrale Unica di Dimissione e Continuità Assistenziale ravvisi la necessità di coinvolgere il MMG nella valutazione del caso, la data e l'ora dell'incontro dovrà essere concordata con quest'ultimo, e la retribuzione fissata in € 60,00 / ora.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Gli AIL siglati tra OOSS ed AUSL fino al 2013 e l'AAA 2017 nonché 2018-2020, 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.

La DGR dell'Emilia-Romagna n. 124/1999 relativa a "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari", il Piano Nazionale Cronicità 2017, il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 ed il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza 2021, in piena sintonia con quanto previsto dall'ACN e dall'AIR della Regione Emilia-Romagna per la MG attualmente vigenti, promuovono le cure domiciliari al fine di mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio ed impedire o ridurre il rischio di istituzionalizzazione .

Inoltre nell'ottica di una piena attuazione di quanto previsto dalle direttive del DL 38/2010 relativo alle "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore" e della DGR dell'Emilia-Romagna 560/2015 relativa a "Riorganizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative", si ritiene necessario garantire l'attività delle Equipe Specialistiche di Cure Palliative, (Medico palliativista, Psicologo ed Infermiere con competenze specifiche in Cure palliative) in modo omogeneo su tutto il territorio provinciale, nell'assistenza dei pazienti seguiti in ADI 2 oncologica (stadio avanzato) e ADI 3 (terminalità), anche istituendole là dove non ancora presenti.

Il MMG, nell'assistere il paziente in ADI 2 oncologica o ADI 3, potrà avvalersi dell'Equipe Specialistica per consulenze o per delegare l'assistenza del paziente nel caso di sintomi difficili, sintomi refrattari che richiedano la sedazione palliativa e del fine vita.

In particolare, al fine di attuare azioni di miglioramento dell'ADI, l'AUSL si impegna a:

- sviluppare la Telemedicina, comprese la Teleconsulenza specialistica ed il Telemonitoraggio da parte del MMG;
- mettere a disposizione l'Equipe Specialistica di Cure Palliative in tutte le aree distrettuali, composta da Medico Palliativista, Psicologa e Infermiera con competenza in cure palliative.

Per raggiungere l'obiettivo aziendale di migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare prestata ai pazienti terminali, oncologici avanzati o con cronicità gravi (Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO, Demenze) ed ai loro familiari, nell'ottica del superamento di un'attività assistenziale basata sulla prestazione e volta alla presa in carico coordinata fra MMG ed Infermiere, e al fine di garantire la reperibilità del Responsabile Terapeutico ed il supporto della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP), viene introdotto il seguente meccanismo incentivante.

Incentivi

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, se raggiunti i seguenti obiettivi:

- accesso coordinato al domicilio del paziente, anche se differito nel tempo, così come già in essere, del MMG e 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 le ADI 3 (modalità online); il raggiungimento di questo obiettivo non è richiesto per le ADI 2 non oncologiche.

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.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Una delle maggiori sfide che gli operatori sanitari sono chiamati a fronteggiare in questi tempi è il mantenimento degli standard assistenziali raggiunti o il miglioramento di quelli non ancora ottimali.

In questo scenario è prioritario il concetto di appropriatezza, vale a dire dell'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo i criteri di efficacia ed efficienza che coniugano obiettivi di salute e corretto uso delle risorse.

L'*appropriatezza* è un principio fondamentale importanza per il Servizio sanitario Nazionale, in generale si può affermare che un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista professionale se è di provata efficacia ed è stato prescritto al paziente giusto, nel momento giusto per una durata adeguata.

Si tratta di un preciso obbligo etico e deontologico evitare interventi diagnostici o trattamenti inutili è un dovere professionale per utilizzare al meglio le risorse cui devono rispondere anche gli MMG, quali attori della rete assistenziale

In questo scenario si inserisce il ruolo fondamentale della telemedicina in questo caso intesa come teleconsulto (confronto) tra MMG e Specialista al fine di creare la rete di prossimità fra operatori sanitari.

Gli obiettivi specifici sono declinati rispetto :

- All'appropriatezza prescrittiva farmaceutica
 - All'appropriatezza prescrittiva specialistica
-

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

La razionalizzazione della prescrizione farmaceutica e della conseguente spesa passa attraverso una serie di azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva:

- Maggior osservanza dei PDTA;
- Maggior osservanza della Scheda Tecnica;
- Maggior osservanza delle Note AIFA;
- Ripresa ed estensione dell'applicazione di considerazioni di Farmacoeconomia, in particolare per quanto riguarda le Classi omogenee di farmaci;
- Maggior attenzione alla sicurezza di impiego dei farmaci e alle interazioni potenzialmente pericolose, in particolare nei pazienti politrattati;
- Rafforzamento ed estensione dell'utilizzo di vie particolari di distribuzione quali la DD e la DPC;
- Rafforzamento ed estensione dell'attività di presa in carico dei pazienti cronici nell'ambito del Progetto di erogazione diretta delle Medicine di Gruppo;
- Privilegiare l'utilizzo del confezionamento a maggior numero di UP per confezione, che comporta un costo inferiore per i farmaci utilizzati nelle patologie croniche (ove tali confezionamenti siano disponibili per le stesse formulazioni).

I processi necessari all'attuazione delle azioni sopra descritte dovranno svilupparsi attraverso fasi di progettazione, percorsi di formazione, meccanismi di monitoraggio e momenti di verifica periodici, anche mediante incontri individuali con singoli MMG che coinvolgano tutti i livelli assistenziali e le figure di riferimento della MG, concordati nell'ambito degli Organi ed Organismi competenti.

Allo stesso scopo potrà anche essere utile l'applicazione di indicatori, quali meccanismi di controllo messi in atto dalla Commissione ai fini dell'Appropriatezza Prescrittiva, e meccanismi incentivanti, concordati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative delle categorie coinvolte.

L'applicazione di queste azioni di razionalizzazione della prescrizione farmaceutica condurranno alla riduzione della variabilità prescrittiva intra NCP e forniranno validi elementi di confronto con le medie regionali.

L'Appropriatezza prescrittiva farmaceutica sarà oggetto di Incontri di NCP trimestrali, organizzati dai Coordinatori di NCP, in cui si prenderanno in esame i "Reports appropriatezza prescrittiva", pubblicati periodicamente sul Claud interaziendale del Sito dell'AUSL, rivisitati alla luce del presente Accordo in collaborazione col Coordinamento della Medina Generale.

Gli Incontri di NCP saranno preceduti da Incontri preparatori condotti dagli Animatori di Formazione.

Due incontri di NCP saranno retribuiti secondo quanto previsto dall’AIR sull’adesione da parte del MMG al NCP, gli altri due con una somma equivalente.

CAMPI DI INTERVENTO

- Inibitori di pompa protonica con corretta applicazione delle note 1 e 48
- Statine con corretta applicazione della nota 13
- Medicinali a base di acidi grassi omega 3 con corretta applicazione della nota 13
- Vitamina D con corretta applicazione della nota 96 e di principi di farmacoeconomia relativi alle classi omogenee di farmaci
- Farmaci respiratori con corretta applicazione della nota 99
- Nuovi antidiabetici orali con corretta applicazione della nota 100
- Antibiotici ad uso sistemico
- Rifaximina con corretta applicazione del protocollo aziendale
- Mesalazina con corretta applicazione del protocollo aziendale
- Farmaci equivalenti
- Utilizzo di confezioni con maggior numero di unità posologiche

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SPECIALISTICA

L’appropriatezza prescrittiva assume oggi ancor più importanza alla luce degli aggiornamenti introdotti anche nel DPCM 12 gennaio 2017 inerente ai nuovi LEA. Una corretta prescrizione è garanzia di un uso appropriato ed economicamente etico delle risorse disponibili, permettendo altresì l’accesso alle prestazioni da parte dell’intera comunità interessata, contribuendo a ridurre i ritardi dovuti, ad esempio, ad esami ridondanti, ripetuti più volte o direttamente all’inappropriatezza prescrittiva. Non ultimo, l’appropriatezza prescrittiva, garantisce maggiore sicurezza del paziente.

Nei Piani Attuativi Aziendali di gestione dei tempi d’attesa (PAAGLA) 2019-2021, l’Azienda ha recepito le misure di contenimento delle liste d’attesa indicate dalla Pianificazione Regionale (PRGLA). Tali misure introducevano, fra gli altri interventi, la metodologia dei Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO), seguendo gli indirizzi della programmazione nazionale.

I Raggruppamenti Omogenei d’Attesa sono basati su criteri di priorità clinica per le principali prestazioni specialistiche dell’area cardiovascolare, dell’area gastroenterologica, dell’area neurologica, della diagnostica per immagini e infine dell’ortopedia, oculistica ed urologia.

Gli MMG sono chiamati a collaborare alle azioni intraprese, in particolare sul versante del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'applicazione di criteri di priorità d'accesso per le prestazioni individuate:

- partecipando ad iniziative formative e ad appositi incontri con le equipe territoriali programmati allo scopo di implementare i RAO.
- assicurando l'appropriatezza delle richieste delle prestazioni specialistiche, sia indicando la motivazione clinica che potrebbe condizionare il tempo d'attesa, sia utilizzando le classi di priorità delle tabelle RAO per individuare il tempo d'attesa adeguato a quella condizione clinica e barrando la corrispondente casella nella ricetta.

ALTRI PROGETTI

Il CA con il supporto del CMG potrà ridefinire le progettualità fin qui esposte od introdurne delle altre in relazione alle necessità, che andranno maturando nel tempo o 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 rivedano 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 con una presa in carico di almeno il 45% dei pazienti diabetici;
 - 2) 40% della quota per l'attività di educazione permanente individuale, finalizzata agli stili di vita;
-

-
- 3) 40% della quota per la partecipazione annuale ai quattro mini-audit finalizzati al miglioramento dell'applicazione dei PDTA oggetto del presente AAA. Eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in CA.

Le quote relative ai punti 1) e 3) verranno recuperate al mancato raggiungimento dell'obiettivo; per quanto riguarda il punto 3) verrà recuperato un 10% di € 3,08 per la mancata partecipazione non giustificata ad ogni miniaudit, a seguito delle valutazioni complessive del CA.

Il recupero relativo agli stessi punti per l'anno precedente verrà effettuato con le competenze di settembre dell'anno in corso pagate a ottobre.

TELEMEDICINA

L'ambito dell'ICT può offrire risorse e soluzioni che supportino i processi clinico-organizzativi, in particolare l'introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa innovativa può avere una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicità, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Essa comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina, integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico, consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali di una medicina alle prese con una continua lievitazione epidemiologica, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti:

1. Equità di accesso all'assistenza sanitaria
2. Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure
3. Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza della presa in carico del paziente.

Nell'ambito della medicina generale e più in generale delle cure primarie, la telemedicina in senso lato, offre molteplici ambiti di azione per la migliore presa in carico del paziente, così come ad esempio previsto dai PDTA relativi al Diabete, BPCO, Scempenso Cardiaco e Demenze nonché dal Protocollo Operativo dell'Assistenza Domiciliare.

In particolare l'attività svolta dal MMG in questi ambiti potrebbe essere significativamente migliorata dall'applicazione

- della Telelettrocardiografia (o comunque di qualunque altro esame strumentale suscettibile di essere effettuato con tecniche a distanza) e del Teleconsulto specialistico, effettuati presso le sedi delle forme
-

associative, per il controllo periodico dei pazienti diabetici, broncopneumopatici, scompensati o con Demenza, così come previsto dai relativi PDTA;

- della Telelettrocardiografia (o comunque di qualunque altro esame strumentale suscettibile di essere effettuato con tecniche a distanza) e del Teleconsulto specialistico, del Telemonitoraggio e della Teleassistenza riabilitativa, effettuati al domicilio, per i pazienti in assistenza domiciliare.

Si conviene che questa attività sia regolamentata da uno apposito Accordo Quadro, in cui vengano dettagliatamente definiti gli aspetti organizzativi ed economici, che consentano ad ogni singola forma associativa delle MG l'attuazione di quanto concordato, attraverso specifici Accordi con l'AUSL.

Inizialmente vi sarà una fase sperimentale, che conduca poi all'estensione delle Telemedicina a tutta la realtà provinciale e che preveda comunque forme di incentivazione economica.

FINANZIAMENTO

La base di partenza comprende il consuntivo di spesa per l'AAA relativamente all'anno 2021 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 € nell'arco del triennio 2022-2024.

Le parti convengono che il sostegno economico di sviluppo concordato ha una declinazione di massima per l'anno

Tabella analisi costi previsti nel 2022 sui capitoli trattati nell'AAA

NORME FINALI

1. Tutte le cifre previste dal presente accordo sono soggette alle disposizioni in materia previdenziale dell'ACN vigente e sono corrisposte al netto di ENPAM.

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.

-
3. Al fine di garantire l'assistenza ai pazienti sospetti o diagnosticati COVID19, dal momento in cui verrà interrotto il servizio USCA
4. Il presente AAA si intende tacitamente prorogato alla scadenza fino al successivo rinnovo.

NORME TRANSITORIE

Informatizzazione

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 UsI Ferrara
il Direttore Generale

Per la FIMMG
Il Segretario Provinciale

Per lo SNAMI
Il Presidente Provinciale
