

AZIENDA U.S.L FERRARA

**RINNOVO
DELL'ACCORDO INTEGRATIVO LOCALE (AIL)
PER IL TRIENNIO 2008 - 2010
NELL'AMBITO DELL'APPLICAZIONE
DELL' ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR)
PER LA MEDICINA GENERALE**

INDICE

Legena	Pag. 3
Premessa ed Obiettivi	Pag. 4
Riferimenti Legislativi	Pag. 4
Contesto Economico di Riferimento	Pag. 4
Riorganizzazione e Sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie	Pag. 5
Associazione Mediche	Pag. 8
Comitato Aziendale	Pag. 8
Comitato Tecnico per la Medicina Generale	Pag. 9
Formazione	Pag. 10
Progetti Aziendali	Pag. 12
Elaborazione, Attuazione e Verifica dei Progetti Aziendali	Pag. 13
Coinvolgimento del Livello Assistenziale Specialistico	Pag. 14
Progetto Aziendale Ipertensione	Pag. 14
Progetto Aziendale Diabete	Pag. 17
Progetto Aziendale dell'Assistenza Domiciliare Integrata	Pag. 18
Progetto Aziendale Terapia Anticoagulante Orale	Pag. 20
Progetto Aziendale Vaccinazione Antinfluenzale	Pag. 21
Progetto Aziendale Cardiologia Territoriale	Pag. 22
Progetto Aziendale Centro Unico Prenotazione	Pag. 23
Progetto Aziendale per la Razionalizzazione dell'Impiego dei Farmaci PPI	Pag. 23
Implementazione di Prestazioni di Particolare Impegno Professionale	Pag. 24
Norme Transitorie	Pag. 25
Norme Finali	Pag. 25
Elenco Allegati	Pag. 26

LEGENDA

ACN Accordo Collettivo Nazionale
ADI Assistenza Domiciliare Integrata
AIL Accordo Integrativo Locale
AIR Accordo Integrativo Locale
AM Associazione Medica
AUSL Azienda USL di Ferrara
CD Centro Diabetologico
CPD Commissione Professionale per le Cure Domiciliari
CT Comitato Tecnico per la Medicina Generale
DCP Dipartimento Cure Primarie
DDD Dose Definita Giornaliera
FIMMG Federazione Medici di Medicina Generale
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
NCP Nucleo di Cure Primarie
OO SS Organizzazioni Sindacali
PA Progetto Assistenziale
PLS Pediatri di Libera Scelta
PPI Inibitori di Pompa Protonica
PPIP Prestazioni di Particolare Impegno Professionale
SSR Servizio Sanitario Regionale
TAO Terapia Anticoagulante Orale
TT Tavolo Tecnico
UO Unità Operativa

PREMESSA ED OBIETTIVI

L'AIL 2008/2010 rappresenta la logica e naturale evoluzione dei due precedenti accordi, che a partire dall'anno 2000, sono stati siglati tra Azienda Territoriale di Ferrara e parte sindacale, con l'intenzione di favorire un uso più razionale delle risorse economiche e strumentali messe a disposizione, attraverso una attenta e continua formazione professionale e l'adozione di progetti assistenziali volti al perseguimento della efficacia, dell'efficienza e della verificabilità degli interventi.

I risultati ottenuti sono stati confortanti e dimostrano come la MG possa essere fondamentale nel governo clinico della sanità territoriale, volta al miglioramento dell'appropriatezza negli interventi assistenziali e sempre più integrata nella organizzazione aziendale.

L'AIL 2008/2010 quindi si propone di confermare e migliorare quanto di positivo è stato fatto, ma con l'obiettivo attraverso la riorganizzazione dei NCP, l'estensione della fascia oraria di attività, l'inizio della sperimentazione della Sede Unica di Riferimento e la maggiore integrazione dei MMG nel Sistema Aziendale, di rispondere al meglio alla crescente e diversificata domanda di salute che proviene da una società in continua e rapida trasformazione.

Il quadro di riferimento per il nuovo AIL è l'AIR che indica le strategie regionali, definisce i contenuti organizzativi e ne fissa alcuni parametri economici.

Sono riconfermati ed ampliati, come nel caso di quello sui farmaci, tutti i progetti assistenziali preesistenti con sistema incentivante concordato anche in funzione dei risultati raggiunti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo in data 23/3/2005 ;
- Art. 22, comma 11, dell'ACN che dispone che gli accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR;
- AIR attuativo dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, approvato con provvedimento deliberativo di Giunta regionale n. 1398 del 9 ottobre 2006;
- Accordo aziendale tra AUSL e MMG 2004-2006 e sua Proroga 2007.

CONTESTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO

- Accordo Quadro tra AUSL e FIMMG anni 2007 -2010, relativo all'attuazione dell'AIR n. 1398 del 09.10.2006, alla proroga e al rinnovo dell'AIL per la MG del 20.06.2007 (ALLEGATO A) ;
- Programmazione 2008 per l'applicazione del nuovo AIL e dell'AIR del 03.08.2007 (ALLEGATO B).

RIORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE

Il nucleo di cure primarie rappresenta la parte territoriale principale di una rete integrata di servizi e a sua volta costituisce una rete clinica di professionisti ed è la struttura organizzativa di base del DCP.

Nell'ambito del Distretto, i NCP sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del DCP e devono perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette, attraverso l'applicazione progressiva dell'estensione oraria e l'informatizzazione tramite l'implementazione del progetto "SOLE".

Si ritiene pertanto opportuno lo sviluppo ulteriore dell'Associazionismo nelle forme di MiR e MdG all'interno dei NCP, considerando che l'organizzazione dei Medici nel NCP dovrà essere assimilata, come livello minimo, alla MiR.

Lo sviluppo organizzativo delle Cure Primarie prevede la individuazione e la sperimentazione di sedi di riferimento per i NCP; la sede è punto di riferimento dei MMG di quel NCP, dei PLS e dei MMG-CA e può essere punto di guardia medica su ambiti territoriali sufficientemente ampi.

Per tali finalità si ritiene funzionale un diffuso e consapevole uso delle forme di comunicazione informatica, la consultazione del sito Web dell'AUSL e di quello specificatamente riservato alla MG.

A tal fine si prevede almeno il coinvolgimento e l'integrazione tra i MMG e i MMG-CA nonché degli Infermieri del Territorio, successivamente allargandola al Servizio Farmaceutico, alla Specialistica ed al Servizio Sociale.

Il DCP, avvalendosi anche del Coordinatore di NCP, del Direttore dell'UO NCP e del Referente di Distretto e di DCP, favorirà l'integrazione multiprofessionale all'interno di ogni NCP.

I NCP, nel rispetto del principio di omogeneità territoriale fra AM e NCP, sono 18 e vengono così definiti:

DISTRETTO OVEST

- Cento
- Bondeno
- S. Agostino – Mirabello – Alberone – Casumaro – Corporeno – Renazzo – XII Morelli
- Poggio Renatico-Vigarano Mainarda

DISTRETTO CENTRO NORD

- Ferrara 2
- Ferrara 3
- Ferrara 4
- Ferrara 5
- Barco – Francolino - Pontelagoscuro
- Masi Torello - Voghiera - Baura/Denore - Quartesana
- Gaibanella/Marrara – San Martino – San Bartolomeo – Fossanova S. Marco

- Pontegradella – Quacchio – S. Giorgio
- Copparo (Associazione di Comuni)

DISTRETTO SUD EST

- Goro – Mesola
- Codigoro – Lagosanto - Massafiscaglia - Migliaro - Migliarino
- Comacchio
- Portomaggiore - Ostellato
- Argenta

Il MMG formalizza l'adesione al NCP secondo i contenuti dell'AIR e quanto sottoscritto nell'ALLEGATO C.

Tra gli strumenti operativi del NCP è compreso l'Audit di NCP; si prevedono riunioni trimestrali, autonomamente gestite da ogni NCP e tenute in una sede (aula didattica) fornita dall'AUSL; tali incontri , finalizzati alla valutazione dei report di NCP e a interventi di formazione/aggiornamento saranno di categoria e/o multiprofessionali , a seconda dei contenuti e saranno considerati parte integrante (16 ore/anno) della formazione obbligatoria.

Incentivi

Adesione al NCP

L'adesione del MMG al nuovo NCP, nella sua forma organizzativa prevista dall'AIR, è su base volontaria, previa sottoscrizione del modulo AUSL di adesione come da ALLEGATO C.

Tale adesione è incentivata con un incremento della quota capitaria di € 1.00, e di € 0.30 per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica, fatta salva la partecipazione ad almeno 3 dei 4 audit di NCP annuali previsti. Tale incentivo verrà erogato dal 01.01.2006 per i MMG che hanno presentato l'adesione entro il 15.05.2007 e dal 01.01.2008 per i MMG che hanno presentato l'adesione successivamente e sarà corrisposto in quote mensili.

Coordinatore di NCP

Per la nomina e le funzioni del Coordinatore di NCP si rimanda all'Allegato 3 dell'AIR e in particolare al documento applicativo concordato tra le parti in sede locale (ALLEGATO D).

La nomina del nuovo Coordinatore diviene effettiva a partire dal dal 01.09.2007 , ha validità per tutta la durata dell' AIL ed è sottoposta a verifica annuale da parte del DCP per quanto concerne le specifiche funzioni. E' retribuito forfettariamente dalla stessa data, con € 60,00 /ora per 3 ore settimanali, per 52 settimane ed erogate mensilmente , con la possibilità di estensione oraria sulla base delle esigenze aziendali e dei carichi di lavoro espressi.

Referente di Distretto e di DCP

Per la nomina e le funzioni del Referente di Distretto e di DCP si rimanda all'Allegato 2 dell'AIR e al documento applicativo concordato tra le parti in sede locale (ALLEGATO E).

La Direzione Generale dell'AUSL provvederà alla nomina di 5 (cinque) Referenti di Distretto e di DCP e di un Referente Aziendale per l' Informatica. La loro funzione è effettiva dal 01.09.2007 ed è retribuita forfettariamente dal 01.09.2007 con € 60,00 /ora per 5 ore settimanali , per 52 settimane ed erogate mensilmente, con possibilità di estensione oraria sulla base delle esigenze aziendali e dei carichi di lavoro espressi. E' previsto un rimborso spese come da nota aziendale del 13.07.2005 (ALLEGATO F). Le ore di presenza dovranno essere concordate con la Direzione di Distretto e di DCP.

Progetto SOLE

Dopo l'allacciamento dello studio medico alla rete informatica , dalla data dell'effettivo utilizzo verificata e ratificata in CA, ciascun medico avrà diritto al compenso di € 5/anno per assistito, frazionato in 12 mensilità.

Le parti concordano una graduale implementazione del numero di Medici collegati alla rete informatica nel modo seguente:

- Fino ad un massimo di 90 MMG nell'anno 2007 con priorità alle Associazioni Mediche; (minimo 70);
- Fino ad ulteriori 100 MMG nell'anno 2008; (minimo 50)
- A regime negli anni 2009 e 2010.

Estensione oraria oltre la 7° ora

Nel 2007 verrà sperimentato l'allargamento dell'orario di apertura degli studi medici dalla 8° alla 12° ora per almeno un NCP (Portomaggiore - Ostellato) in cui sia individuata la Sede Unica di riferimento, e vengano definiti i servizi erogati e i contenuti assistenziali ed organizzativi e di integrazione con la CA (ALLEGATO G).

Nel 2008 sono previste ulteriori sperimentazioni (NCP di Copparo e Pontelagoscuro) secondo modelli organizzativi adeguati alle specificità del territorio.

Tale sperimentazione viene incentivata con un incremento della quota capitaria pari a € 1,00/ora .

Per i MMG singoli che entrano nella sperimentazione sono dovuti i riconoscimenti normativi ed economici previsti per la Medicina in Rete, compresa la 7° ora di estensione oraria.

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 di obiettivi quantificabili e misurabili:

- 1) 20% della quota per il raggiungimento dell'obiettivo relativo all'indicatore di % di presa in carico descritto nel PA diabete
- 2) 40% della quota per l'attività di educazione permanente individuale, finalizzata agli stili di vita.

- 3) 40% della quota per:
- a) mantenere i livelli di consumo aziendale di esami di laboratorio nei limiti di appropriatezza che saranno indicati dal CT previsto nel presente accordo ed integrato da rappresentanti di altre categorie mediche operanti nell'SSR. Il MMG ha l'obbligo ai fini dell'incentivo di partecipare ad uno specifico Audit annuale .
 - b) La corretta compilazione della richiesta di visita specialistica, prestazioni di laboratorio o di diagnostica strumentale, con l'indicazione del quesito diagnostico e dell'eventuale induzione (con verifica a campione).

La mancata sottoscrizione del modulo di partecipazione del MMG al NCP e agli obiettivi aziendali dell'AIL non consente l'erogazione degli incentivi di cui ai punti 1 e 3.

ASSOCIAZIONI MEDICHE

Ogni forma di Associazionismo prevista dall'AIR (MiR e MdG) è ammissibile per i MMG del NCP.

Le MdG operanti in strutture riconosciute sede di NCP, devono aderire all'Accordo Quadro per le MdG (ALLEGATO H).

Allo stesso Accordo potranno aderire le MdG che ne fanno richiesta, anche se non riconosciute sede di NCP, sulla base delle risorse disponibili.

A tutte le MdG viene riconosciuto l'allargamento dell'orario di apertura degli studi medici alla 7° ora , previa comunicazione all'AUSL e successiva verifica da parte di quest'ultima , con una incentivazione pari all'incremento della quota capitaria di € 1,00 a partire dal 01.01.2007; per le nuove MdG tale incentivo sarà erogato dal momento della loro costituzione.

Tale incentivo è previsto a partire dal 01.01.2008 anche per tutte le AM in MiR purché in effettivo collegamento informatico orizzontale operativo e purché coordinate nell'apertura degli orari degli studi medici per 7 ore giornaliere, preferibilmente in un'unica sede.

COMITATO AZIENDALE

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

Il CA è presieduto dal Direttore Generale (o suo Delegato) , rappresenta un organismo, che sovrintende e presidia la corretta applicazione del presente Accordo, oltre ai compiti previsti dall'ACN.

Le parti stabiliscono che tale organismo ha anche la possibilità di promuovere iniziative correttive od aggiuntive rispetto a quanto previsto nel presente Accordo e provvede inoltre alla validazione dei risultati raggiunti per ogni PA.

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

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

COMITATO TECNICO PER LA MEDICINA GENERALE

Con il presente AIL è istituito il CT quale Organismo consultivo del CA per la definizione dei PA che coinvolgono la MG, con relativi Protocolli o Raccomandazioni Cliniche ed Operative, ed indicatori di verifica.

Il CT, nominato dalla Direzione Aziendale, su proposta del CA, è composto da 1 Coordinatore di parte pubblica unitamente ad altri 2 Medici dirigenti di DCP e da 3 MMG e potrà, di volta in volta, avvalersi del contributo di Consulenti o Gruppi di Lavoro.

Il CT darà continuità al lavoro svolto da :

- 1) TT per la Formazione
- 2) TT per la Reportistica
- 3) Commissione paritetica per l'analisi dei dati

avvalendosi del contributo, come Consulenti, dei Membri che già facevano parte di tali Organismi e, per quanto riguarda il TT per la Formazione, dei rappresentanti delle Società Scientifiche della MG.

Il CT avrà altresì la funzione di coordinare il lavoro e garantire una metodologia coerente con gli obiettivi fissati dal CA, dei TT, delle Commissioni e dei Comitati (aziendali ed interaziendali), già istituiti ai sensi dei precedenti Accordi, e successivamente indicati unicamente come "Gruppi di Lavoro", del cui contributo potrà avvalersi per i suoi fini istituzionali :

1. TT interaziendale dell'Ipertensione e Rischio Malattie Cardio-Vascolare
2. TT interaziendale del Diabete
3. TT interaziendale delle Artroreumopatie
4. TT interaziendale della TAO
5. TT interaziendale delle Dislipidemie
6. TT interaziendale dei farmaci PPI.
7. Comitato MG e Psichiatria (Programma " G.Leggieri ")
8. Comitato redazione sito Web MMG

Il CT potrà, in caso di necessità, proporre al CA l'eventuale variazione della composizione dei Gruppi di Lavoro già istituiti nonché la composizione di nuovi Gruppi di Lavoro.

La Direzione Aziendale si farà carico di assicurare al CT una sede adeguata, le necessarie attrezzature, il personale di segreteria e le collaborazioni utili alla raccolta ed elaborazione degli Indicatori per la produzione dei Reports.

Il CT sarà attivato dal 1 gennaio 2008.

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

1. Commissione Professionale per le cure Domiciliari,
2. Commissione Terapeutica Provinciale,
3. Commissione per il controllo della prescrizione Farmaceutica,
4. Commissione per la Sperimentazione Clinica per la Medicina Generale.

Per i componenti di parte MMG del CT si rimanda a quanto previsto dall'Allegato 5 dell'AIR per l'impegno orario; per quel che riguarda le spese di sostituzione si assumono le stesse tariffe forfettarie previste per i Referenti di Distretto e DCP (ALLEGATO F).

FORMAZIONE

La formazione per il MMG e il MCA è obiettivo prioritario per l'AUSL sia per quanto riguarda la formazione di base , la formazione specifica e la formazione continua.

Formazione continua

Per la programmazione, la organizzazione e la realizzazione annuale dei progetti formativi ai sensi di quanto disposto dai relativi articoli dell'ACN del 23 marzo 2005 e da quanto previsto per l'ECM, di cui l'AUSL è " Provider ", si ritiene competente il CT, con la consulenza anche del Coordinatore Provinciale degli Animatori di Formazione o suo delegato.

Il CT, su mandato del CA, si pone come momento di sintesi programmatica tra le esigenze e le indicazioni dell'AUSL e le esigenze formative raccolte dal Coordinamento Provinciale degli Animatori.

Compito del CT è formulare e presentare al CA per la validazione , il Piano formativo annuale ed eventuali ulteriori iniziative integrative.

Tali eventi possono essere realizzati secondo le seguenti metodologie:

1. *convegno provinciale*, che prevede la partecipazione di tutti i MMG della Provincia;
2. *seminario sub-distrettuale*, che prevede la partecipazione di tutti i MMG appartenenti ad ognuno dei raggruppamenti di seguito elencati;
3. *audit sub-distrettuale e/ o distrettuale*, che prevede la partecipazione di tutti i MMG appartenenti ad ognuno dei raggruppamenti di seguito elencati, in cui verrà adottata la metodologia dell'apprendimento attivo per piccoli gruppi, coincidenti con gli NCP.

I seminari sub-distrettuali e gli audit sub-distrettuali verranno preceduti da un master provinciale per gli Animatori di Formazione e Coordinatori di NCP.

I corsi devono essere calibrati sui seguenti raggruppamenti di NCP:

1. NCP Ferrara 2,
NCP Ferrara 3,
NCP Ferrara 4,
NCP Baura/Denore-Quartesana-Masi Torello- Voghiera;
(Animatori: M.Bevilacqua – A.Cavicchi)
2. NCP Ferrara 5,
NCP Barco-Francolino-Pontelagoscuro;
NCP Gaibanella/Marrana-San Martino-San Bartolomeo-Fossanova S. Marco,
NCP Pontegradella-Quacchio-S. Giorgio;
(Animatori: A.Toni – G.Rasconi)

3. NCP Copparo (Associazione di Comuni);
(Animatore: F.Miola)

4. NCP Cento,
NCP S. Agostino – Mirabello – Alberone – Casumaro – Corporeno – Renazzo – XII
Morelli,
NCP Bondeno,
NCP Poggio Renatico ,Vigarano Mainarda;
(Animatore: P.Mazzucchelli)

5. NCP Argenta,
NCP Portomaggiore-Ostellato
(Animatore: R.Marchi)

6. NCP Codigoro-Lagosanto-Migliarino-Migliaro-Massafiscaglia;
NCP Comacchio,
NCP Goro-Mesola.
(Animatore: S. Galli)

Il CT si farà carico dell'aggiornamento e della formazione permanente degli Animatori.

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

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

Al Coordinatore di NCP rimane in carico la conduzione di piccoli gruppi nell'ambito degli Audit.

Secondo il principio di un'equa distribuzione del lavoro si stabilisce che gli Animatori di Formazione nominati Coordinatori di NCP o Referenti di Distretto e DCP per la Medicina Generale, vengano messi in quiescenza temporanea dalle loro funzioni di Animatore.

All'AUSL rimangono i compiti di copiatura e diffusione del materiale didattico informativo, della organizzazione logistica degli incontri (mettendo a disposizione aule didattiche attrezzate) e della registrazione delle presenze.

Gli incontri formativi si svolgeranno, come indicato dall'ACN e dall'AIR, di norma il sabato o preferibilmente nelle altre giornate lavorative .

Formazione di base e Formazione specifica

Per quanto riguarda gli aspetti locali la Formazione di base e quella specifica verranno pianificate dal CT, integrato dai Rappresentanti delle Società Scientifiche della M.G, in collaborazione con il Centro Formativo Regionale e verranno gestite dall'AUSL in collaborazione con le stesse Società Scientifiche della MG, previo avallo del CA.

Incentivi

Applicazione dell'Allegato 5 del AIR

- a) Animatori di Formazione: 60€ / ora x n° ore aula + n° ore preparazione;
- b) Tutor di formazione specifica: 6000€ / caso per un impegno di 12 mesi;
- c) Tutor per tirocinio pre e post-Laurea: 250 € / caso per un impegno di 15 giorni.

Gli Animatori di Formazione saranno pagati semestralmente in base al volume di attività svolta dal singolo Animatore; i Tutor di formazione specifica saranno pagati semestralmente; i Tutor per tirocinio pre e post-Laurea saranno pagati a notula.

PROGETTI AZIENDALI

L'Appropriatezza nelle cure è l'obiettivo fondamentale di ogni PA.

I PA possono essere relativi alla:

- A) Assistenza a soggetti con particolari fattori di rischio o patologie,
- B) Organizzazione dell'erogazione di particolari prestazioni sanitarie,
- C) Razionalizzazione dell'impiego delle Risorse.

Nella formulazione di ogni PA relativo all'Assistenza, si dovrà perseguire l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e la verificabilità degli interventi attraverso:

- la produzione di Protocolli Clinici che consentano di applicare nella realtà locale le Linee Guida internazionalmente riconosciute e suffragate dalla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in modo da garantire il Governo Clinico della domanda di salute che proviene dai cittadini;
- la produzione di Protocolli Operativi, che contribuiscano a garantire la continuità e l'integrazione degli interventi, nel contesto dello sviluppo dei NCP;
- l'applicazione dei principi di Economia Sanitaria ai Protocolli Clinici ed Operativi, al fine di migliorare l'efficienza attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della farmaceutica, della diagnostica e dei ricoveri ospedalieri;
- l'applicazione di un processo di VRQ dell'assistenza, che si avvarrà di un sistema informativo, basato sulla raccolta di Indicatori di qualità, finalizzata alla produzione di Reports da discutere fra gli operatori dei NCP.

Sono individuati come PA prioritari quelli relativi alla:

- A) Assistenza a soggetti con particolari fattori di rischio o patologie:
 - Ipertensione arteriosa,
 - Diabete,
 - Assistenza Domiciliare Integrata ,
 - Terapia Anticoagulante Orale.

B) Organizzazione dell'erogazione di particolari prestazioni sanitarie:

- Vaccinazioni Antinfluenzale,
- Cardiologia Territoriale,
- Prelievi,
- CUP,
- Distribuzione diretta dei farmaci (principalmente presso le MdG).

C) Razionalizzazione dell'impiego delle Risorse nell'ambito della prescrizione farmaceutica attraverso la conoscenza e corretta applicazione delle schede tecniche, delle note AIFA e dei principi di Farmacoeconomia relativamente a PPI, Statine e FANS.

Elaborazione, Attuazione e Verifica dei Progetti Aziendali (PA)

Le indicazioni per la elaborazione di un nuovo PA dovranno pervenire alla Direzione aziendale , che inoltrerà la richiesta al CA, il quale attiverà a sua volta il CT o una delle Commissioni Tecniche previste dalla normativa vigente.

L'elaborazione e l'aggiornamento periodico dei PA è a cura del CA, che si avvale della consulenza del CT e delle Commissioni Tecniche istituite .

La stesura dei PA deve perseguire l'Appropriatezza degli interventi attraverso l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e la verificabilità degli stessi, avvalendosi della valutazione degli indicatori specificatamente predisposti .

L'approvazione di ogni PA è a cura dello stesso CA.

L'attuazione di ogni PA è a cura del DCP e dei NCP, che si faranno anche carico della fase formativa ed organizzativa propedeutica.

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

La verifica dei PA si avvale di un sistema informativo basato sulla raccolta di indicatori di qualità , finalizzata alla produzione di Reports da discutere fra gli Operatori coinvolti del NCP .

La raccolta degli Indicatori e l'elaborazione dei Reports è a cura del CT.

La discussione dei Reports , previa approvazione degli stessi da parte del CA , è a cura della Direzione aziendale , nel contesto di **Riunioni di Direzione Aziendale** fra i Direttori di Distretto, i Direttori di DCP, i Referenti di Distretto e di DCP per la M , i Direttori di UO per NCP, al fine di rilevare le criticità distrettuali ed individuarne le soluzioni.

La discussione delle criticità distrettuali è a cura di ogni singolo Distretto e DCP nel contesto di **Riunioni di Direzione Distrettuale dei NCP** fra il Direttore di Distretto, il Direttore del DCP, i Referenti di Distretto e di DCP per la MG, il Direttore di UO per NCP, e i Coordinatori di NCP, al fine di rilevare le criticità di NCP e dei singoli MMG e di individuarne le soluzioni.

La discussione delle Criticità di NCP e dei singoli MMG è a cura del DCP attraverso i Coordinatori di NCP nel contesto degli **Audit** o, se necessario, nel contesto di **incontri con singoli MMG**, al fine di individuarne le soluzioni.

L'analisi di quanto rilevato dai Coordinatori di NCP è a cura della Direzione DCP che, in caso di necessità, può ricorrere a interventi mirati.

Qualora dall'analisi delle Criticità dovessero emergere problematiche inerenti i rapporti con gli Specialisti Territoriali, gli Ospedalieri o gli Universitari, le stesse problematiche andranno discusse nell'ambito di riunioni dell'Ufficio di Direzione Distrettuale.

Coinvolgimento del Livello Assistenziale Specialistico

L'AUSL si impegna a coinvolgere il livello assistenziale Specialistico, anche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, se previsto nell'ambito dei PA.

In particolare sarà cura dell'AUSL coinvolgere gli Specialisti come :

- Consulenti del Comitato Tecnico
- Componenti dei Gruppi di Lavoro
- Partecipanti alle riunioni di Direzione distrettuale dei NCP .

L'AUSL inoltre si impegna a mettere in atto ogni iniziativa tendente a ridurre il carico burocratico del MMG-AP e a migliorare la accessibilità ai servizi da parte del cittadino.

L'Azienda recepisce i contenuti della delibera della Giunta regionale n. 2142 del 28/11/2000 "**Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali**" sottoscritta dalle segreterie regionali delle OO SS dei Medici Ospedalieri (ANAAO), MMG (FIMMG) e degli Specialisti Ambulatoriali (SUMAI), e si impegna a completare l'introduzione già avviata delle procedure e degli strumenti concordati tra i professionisti (es. modulistica e follow-up) e tesi a rendere operativo un nuovo modello organizzativo della Specialistica ambulatoriale convenzionata e ospedaliera.

Progetto Aziendale Ipertensione

Gli Accordi Aziendali, siglati tra OO SS ed AUSL di Ferrara dal 2000 ad oggi, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta al controllo dei Fattori di Rischio Cardiovascolare, fra cui l'Ipertensione.

Per l'elaborazione del PA Ipertensione il CA ha tenuto conto dei Protocolli Clinico ed Operativo (ALLEGATO I) sviluppati dal Tavolo Tecnico Interaziendale appositamente istituito ed ha proceduto:

- 1) dal 2000 al 2003 all'elaborazione ed attuazione di un Programma di Formazione Professionale, con l'obiettivo di condividere con tutti i MMG partecipanti, i Protocolli

Clinico ed Operativo dell'Ipertensione ed i Principi di Farmacoeconomia di seguito enunciati;

- 2) dal 2003 al 2006 alla ricerca ed applicazione di un Indicatore di adesione dei MMG, alla corretta prescrizione degli Antipertensivi, così come previsto dal Protocollo Clinico, ed alla corretta applicazione dei principi di Farmacoeconomia, che hanno ispirato il “Nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale 2003”.

L'Indicatore individuato è il Costo Medio DDD Antipertensivi (CM-DDD-A) per MMG, calcolato come spesa totale degli antipertensivi nel periodo considerato, diviso il n° DDD totali di antipertensivi usati nello stesso periodo, tenendo conto che:

A) nello stesso Prontuario il costo DDD rappresenta il parametro di raffronto economico fra farmaci appartenenti ad uno stesso gruppo omogeneo;

B) i diuretici, i beta-bloccanti e gli ACE-inibitori (prevalentemente a basso costo DDD) sono da considerarsi molecole di primo impiego da utilizzarsi nelle forme non complicate e senza particolari patologie concomitanti;

C) i sartani, i calcio-antagonisti, gli alfa-bloccanti e tutte le altre molecole (prevalentemente ad alto costo DDD) sono da considerarsi di secondo impiego e da utilizzarsi nelle forme resistenti, complicate o con patologie concomitanti;

D) in ogni gruppo omogeneo il MMG può utilizzare quella molecola che ha un costo DDD minore.

Il PA Ipertensione ha prodotto pertanto, nel rispetto dei principi e deontologici della professione, i seguenti risultati:

- 1) una maggiore appropriatezza nell'utilizzo degli antipertensivi, essendosi registrato:
 - un'incremento della prescrizione dei farmaci di prima scelta (in particolare diuretici, ace inibitori) rispetto a quelli di seconda scelta (in particolare calcio antagonisti, sartani);
 - un' incremento, nell'ambito delle stesse classi omogenee di farmaci, della prescrizione di quelli a minor costo, secondo i principi di farmacoeconomia;
- 2) un aumento della popolazione riconosciuta ipertesa passata da 41.342 pazienti esenti ticket nel 2004, a 42.342 nel 2005 e a 43.923 nel 2006;
- 3) un governo del consumo relativo ai farmaci antipertensivi, con dati di spesa complessivi inferiori alla media regionale.

Sulla base di questi risultati le parti concordano di continuare l'esperienza avviata nei precedenti Accordi Aziendali ritenendo però opportuno una revisione dei meccanismi incentivanti.

Indicatori

Si concorda di utilizzare i seguenti indicatori:

- il numero dei pazienti con codice di esenzione per patologia 0A31 (l'elenco dei pazienti codificati dovrà essere spedito annualmente al medico);
- il costo medio DDD degli antiipertensivi usati dal MMG, calcolato come spesa totale dei farmaci antiipertensivi nel periodo considerato diviso il n° DDD totali dei farmaci antiipertensivi nello stesso periodo, formulato in conformità al PFN, come da tabella già predisposta dal Tavolo per la reportistica ;
- consumo DDD / 1000 abitanti pesati/ die degli antiipertensivi;
- spesa procapite pesata degli antiipertensivi.

L'AUSL si assume la responsabilità della elaborazione dei tabulati con i relativi indicatori.

Detti tabulati saranno inviati trimestralmente da parte dell'AUSL, oltre che ai singoli MMG, anche ai Coordinatori NCP che li potranno usare come documenti di discussione nelle riunioni Audit dedicate all'appropriatezza e alla verifica degli obiettivi aziendali; in tali riunioni i Coordinatori potranno essere supportati dalla collaborazione di Farmacisti aziendali.

Nel corso del 2008, come già concordato negli Accordi Aziendali precedenti, si cercherà di elaborare tabelle dissociando i farmaci antipertensivi in associazione, riconducendo le singole componenti ai principi attivi elencati nelle stesse tabelle.

Incentivi

Per i MMG che partecipano a tale PA è previsto, a partire dal 01.01.2008, un incentivo da erogare come quota capitaria su base annua e suddiviso in 12 mensilità, basato sul costo medio DDD annuale dei farmaci antipertensivi raggiunto dal MMG come da seguente tabella:

Tabella incentivi per il PA Ipertensione

Obiettivo individuale raggiunto (Costo Medio DDD annuale del MMG)	Incentivo per quota capitaria (€)
da 0,46 a 0,44 compresi	2,50
da 0,43 a 0,41 compresi	3,30
0,40 e valori inferiori	4,50

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 31 maggio di ogni anno, a partire dal 2008, dal CT.

Dal 01.01.2008, il dato di riferimento sarà quello relativo al costo medio DDD calcolato nei primi nove mesi del 2007 con il quale si corrisponderanno gli incentivi fino al 30 giugno 2008 come da tabella.

Al 30 giugno del 2008 verrà calcolato il costo medio DDD del 1° trimestre 2008 con il quale si corrisponderanno gli incentivi fino al 30 marzo 2009.

Al 30 marzo 2009 verrà calcolato il costo medio DDD dell'intero 2008, si procederà all'eventuale conguaglio relativo allo stesso 2008, e verrà utilizzato come riferimento per la corresponsione degli incentivi fino al 30 marzo 2010.

Al 30 marzo 2010 verrà calcolato il costo medio DDD dell'intero 2009, si procederà all'eventuale conguaglio relativo all'anno 2009, e verrà utilizzato come riferimento per la corresponsione degli incentivi fino al 31 dicembre 2010.

Al 30 marzo del 2011, non appena i dati saranno disponibili, si procederà al conguaglio relativo all'anno 2010, fatto salvo quanto sarà previsto dal nuovo AIL.

L'AUSL liquiderà gli incentivi dovuti e quelli a conguaglio, ai MMG che ne hanno diritto, con le competenze del mese di giugno, pagate a luglio di ogni anno.

Le eventuali rivalse saranno effettuate a norma di ACN.

Progetto Aziendale 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 alla assistenza dei pazienti con Diabete tipo 2, sulla base del Protocollo Clinico ed Operativo (ALLEGATO L), elaborati dal TT Interaziendale appositamente istituito.

L'applicazione del PA Diabete ha portato ad un aumento del numero di pazienti diagnosticati (esenti ticket nel 2004 =16.752 , nel 2005 = 17.704 e nel 2006 = 18.421) ed alla presa in carico da parte dei MMG di una percentuale maggiore del 50% dei pazienti prima seguiti esclusivamente dai Centri Diabetologici (CD), seppure con una difformità tra i vari Distretti.

La stessa applicazione del PA Diabete, attraverso l'uso della scheda B, ha condotto alla raccolta di dati epidemiologici prima inesistenti.

Sulla base di questi risultati le parti concordano di continuare l'esperienza avviata nei precedenti Accordi Aziendali ritenendo però opportuno:

1. un aggiornamento del PA Diabete attraverso il recepimento dei Protocolli Regionali (ALLEGATO M), da parte del CT;
2. una revisione della scheda per la raccolta degli indicatori (ex scheda B), con una definizione dei parametri che ne renda più omogenea la raccolta entro una determinata data;
3. una differenziazione dei meccanismi incentivanti legati agli indicatori successivamente elencati.

L'AUSL si impegna ad informatizzare tutti i CD ed a creare un unico centro di raccolta dati informatizzato avvalendosi anche del Progetto SOLE, finalizzato ad una vera gestione integrata dei pazienti diabetici e ad una valutazione degli Indicatori di qualità.

Indicatori

Allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente diabetico si assumono come indicatori:

- Indicatore di processo: la % dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici con esenzione ticket specifica 013, volume espresso sia singolarmente per ogni MMG che per MdG;
- Indicatore di esito: la % dei pazienti diabetici in carico con HbA1c eseguita negli ultimi sei mesi $\leq 7,0\%$.

Incentivi

Per il PA Diabete sono previsti dal 01.01.2008 i seguenti **incentivi**:

1. € **85** (su base annua e suddiviso in dodici mensilità) per ogni paziente diabetico in carico al MMG (escluso IGT e IFG);
2. € **0,616** di incremento della quota capitaria, su base annua e suddiviso in dodici mensilità (corrispondente al 20% di € 3,08, corrisposto come da ACN art. 59, lettera B, comma 15 e recepito dall'AIR) se l'indicatore di processo sopra indicato è:
 - $\geq 30\%$ per il MMG singolo ($\geq 35\%$ per la MdG) al 31.12.2007;

- $\geq 40\%$ per il MMG singolo ($\geq 45\%$ per la MdG) al 31.12.2008;
 - $\geq 50\%$ per il MMG singolo ($\geq 55\%$ per la MdG) al 31.12.2009;
3. **una tantum** annuale per tutti i pazienti diabetici seguiti dal MMG, al raggiungimento dello standard previsto per l'indicatore di esito (% diabetici in carico con HbA1c eseguita negli ultimi sei mesi $\leq 7,0\%$), pari a:
- € **15/diabetico** in carico per una % ≥ 60
 - € **20/diabetico** in carico per una % ≥ 65
 - € **30/diabetico** in carico per una % ≥ 70

Le variazioni relative ai pazienti diabetici presi in carico dal MMG (nuove diagnosi o dimissione dal CD) e quelli "passati in cura" al CD verranno comunicati mensilmente dal medico, assieme alle PPIP, affinché l'Azienda USL provveda agli adeguamenti economici, secondo il meccanismo della scelta/revoca.

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

Ai fini della corresponsione dell'incentivo di cui al punto 3, le parti concordano che:

- a) l'AUSL si impegna ad inviare la scheda B al MMG con l'elenco dei pazienti diabetici seguiti dallo stesso entro il 31 di gennaio di ogni anno;
- b) i MMG consegneranno la scheda B compilata entro il 31 marzo di ogni anno;
- c) la verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro il 31 maggio di ogni anno dal CT con il supporto anche del data base specifico fornito dall'AUSL;
- d) l'AUSL liquiderà gli incentivi ai MMG che ne hanno diritto, con le competenze del mese di giugno, pagate a luglio di ogni anno.

Per la verifica dell'incentivo di cui al precedente punto 2 le parti condividono quanto stabilito ai commi c) e d) sopra descritti.

Progetto Aziendale dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Conformemente a quanto stabilito dall'ACN art. 53, "...l'assistenza domiciliare...è livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi...".

Nello spirito dell'art. 45, comma 3, dell'ACN, il MMG aderisce obbligatoriamente al NCP per quanto riguarda gli obiettivi funzionali di integrazione con le altre figure professionali impegnate nell'ADI.

Gli Accordi Aziendali, fin qui siglati tra OO SS ed AUSL, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta a migliorare l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da patologie invalidanti o terminali.

L'ADI rappresenta pertanto un capitolo fondamentale del presente AIL, secondo le direttive dell'ACN e dell'AIR, nell'ottica di una piena attuazione della delibera Regionale n.124/99 e della Delibera Regionale 1206/07 relativa al Fondo per la Non Autosufficienza (FRNA).

In particolare col presente AIL le Parti concordano di dare piena applicazione al Protocollo Operativo ed ai Protocolli Clinici anche attraverso l'utilizzo della scheda modulare (ALLEGATO N) degli accessi al domicilio, licenziati dalla Commissione Provinciale per le cure Domiciliari (CPD) .

A tal fine l'Azienda USL si impegna a:

1. coinvolgere la Continuità Assistenziale in un programma di integrazione funzionale per lo sviluppo degli NCP , che sarà definito nello specifico Accordo Integrativo Locale;
2. coinvolgere il Servizio Infermieristico Territoriale attraverso lo sviluppo degli NCP;
3. mantenere l' Equipe di Supporto all'ADI da parte del Volontariato;
4. garantire le consulenze specialistiche domiciliari;
5. sviluppare l'effettiva integrazione dell'ADI con gli altri servizi territoriali in rete, in particolare con l'Hospice, l'RSA , Residenze Protette , e l'Ospedale (progetto dimissioni protette).

Indicatori

L'obiettivo aziendale è incrementare la percentuale di ADI sulla popolazione in carico al MMG-AP raggiungendo la percentuale rapportata alla popolazione ultra sessantacinquenne come da tabella seguente:

Tabella Casi Attesi ADI 2° e 3° Livello

	% da raggiungere ADI 2°	% da raggiungere ADI 3°
Popolazione ≥ 65 anni	0.80%	0.70%

Al 31 dicembre di ogni anno verrà pertanto calcolata la popolazione ultrasessantacinquenne di ogni MMG e la percentuale 0,8 e 0,7 per i rispettivi livelli di ADI .

Le parti concordano di assumere i seguenti indicatori:

- Indicatore di processo: la % di schede modulari di accesso al domicilio compilate.
- Indicatore di processo : rapporto fra n° di nuovi casi attivati di ADI 2 e di ADI 3 nel corso dell'anno e popolazione ultrasessantacinquenne x 100

Incentivi

Gli incentivi erogati per caso attivato si suddividono secondo la seguente tabella:

Tabella incentivi per l'ADI

<i>ADI</i>	<i>€ per ogni accesso</i>	<i>€ per caso attivato *</i>
I e AdP	25	-
II	30	150
III	30	250

* erogati a norma di ACN per ogni caso attivato

In caso di raggiungimento da parte del singolo MMG degli obiettivi espressi nella Tabella Casi Attesi ADI 2° e 3° livello, a partire dal 01.01.2008 e solo sui nuovi casi attivati, le parti concordano un ulteriore incentivo pari a:

- € 150 per ogni caso di ADI 2
- € 250 per ogni caso di ADI 3

pagati annualmente una tantum, con le competenze di marzo pagate ad aprile dell'anno successivo.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 28 febbraio di ogni anno dal CT.

Si prevede inoltre una **indennità** onnicomprensiva di € 50,00 per ogni visita effettuata dal MMG al letto del malato in Ospedale, nel contesto della **dimissione protetta** effettuata dalla équipe preposta, indipendentemente dalla successiva attivazione o meno dell'ADI e liquidata con il meccanismo delle PPIP.

In rapporto all'implementazione dell'ADI da parte dei MMG, l'AUSL si impegna a ridurre gradualmente i casi assegnati all'Associazionismo Volontario.

Progetto Aziendale Terapia Anticoagulante Orale

Con il presente AIL, le Parti concordano di verificare la funzionalità per i cittadini del progetto in essere apportando eventualmente le necessarie modifiche, e di dare continuità al "Protocollo di intesa tra l'Azienda USL di Ferrara ed i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'AIL 2004-2006 - Progetto Assistenziale Terapia Anticoagulante Orale (TAO)" in applicazione dal 1 giugno 2006, con i relativi Protocolli Clinico ed Operativo, a cui si rimanda per la parte normativa ed economica (ALLEGATO O).

In attesa della valutazione delle procedure previste dal Progetto interaziendale TAO Web, e dell'eventuale aggiornamento del vigente Progetto TAO per la MG, si concorda che i nuovi casi vengano presi in carico dai Centri Provinciali di riferimento.

Progetto Aziendale Vaccinazione Antinfluenzale

Con il presente AIL le parti concordano di dare continuità agli Accordi Aziendali, siglati dal 2003 ad oggi, aventi l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta alla prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla circolare n. 5 del 05/09/03 della Regione Emilia Romagna, che poneva come obiettivo una copertura vaccinale pari al 75% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Rilevando i buoni risultati raggiunti negli ultimi anni, si conferma il ruolo determinante dei MMG specie per l'individuazione e l'offerta del vaccino agli assistiti a rischio e per la possibilità di raggiungere gli anziani con difficoltà di spostamento, che ha portato nella campagna vaccinale 2006-2007 al 75% di copertura della popolazione target.

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

1. l'AUSL si impegna:

- a) a facilitare l'approvvigionamento delle dosi di vaccino, da consegnarsi possibilmente entro il 31 ottobre di ogni anno;
- b) a inviare ai MMG:
 - entro il 31 maggio un report sulla copertura raggiunta tra gli assistiti di ciascun MMG nella precedente campagna vaccinale;
 - entro il 31 ottobre un elenco nominativo, rilevato alla data del 30 settembre, degli assistiti che hanno una età uguale o superiore ai 65 anni al 31 dicembre (popolazione target);
- c) a mettere a disposizione del CT, le schede riepilogative dei pazienti vaccinati, entro il 31 marzo di ogni anno.

2. i MMG si impegnano a:

- a) prestare la loro collaborazione anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti, non solo sull'opportunità di effettuare la vaccinazione antinfluenzale ma anche in merito alla possibilità di rivolgersi agli ambulatori del Dipartimento di Salute Pubblica;
- b) chiedere le dosi di vaccino entro il 15 agosto di ogni anno;
- c) ritirare presso i servizi di sanità pubblica i vaccini richiesti;
- d) restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale per favorirne l'uso agli altri MMG e a campagna completata;
- e) inviare le schede riepilogative entro il 31 gennaio.

Incentivi

L'ASL di Ferrara riconoscerà ai MMG la quota prevista nell'Allegato n. 4 dell'AIR pari a € 7,5 per ogni paziente vaccinato.

Ai MMG che abbiano vaccinato almeno il 70% della propria popolazione target (da raggiungere unitamente al Dipartimento di Sanità Pubblica) sarà corrisposto, al netto della quota ENPAM aziendale, un incentivo come riportato nella seguente tabella:

Obiettivo individuale raggiunto	Quota per assistito della popolazione target
Dal 70% al 74,9%	€ 5.00
Dal 75% al 100%	€ 5.50

Verranno riconosciute anche le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione target i cui vaccini vengano acquistati direttamente dagli assistiti.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 31 maggio di ogni anno dal CT.

L'AUSL pagherà l'incentivo ai MMG che ne hanno diritto con le competenze economiche del mese di giugno, liquidate a luglio.

Il meccanismo incentivante così prospettato sarà applicato fin dalla prossima campagna vaccinale 2007/2008.

Progetto Aziendale Cardiologia Territoriale

Con il presente AIL, le parti concordano di dare continuità al "Progetto Cardiologia Territoriale" siglato il 4 novembre 2004 (ALLEGATO P), a cui si rimanda per la parte normativa.

Per quanto riguarda la parte economica, fermo restando l'ammontare dell'incentivo unitario previsto in € 75 per audit per medico per un numero massimo di due al mese, le diverse forme organizzative saranno così remunerate:

- a) MiR possono eseguire solo la telecardiologia e vengono incentivate con € 9 per ogni ECG effettuato
- b) MdG possono eseguire:
 - . telecardiologia, incentivata con € 9 per ECG ed € 4 per ogni prenotazione
 - . presenza programmata del Cardiologo nella sede della MdG: vengono remunerati con € 4 per la prenotazione
 - . esecuzione della attività di cardiologia da parte di un medico appartenente alla medicina di gruppo ed in possesso della specialità su progetto specifico condiviso ed approvato dalle Parti : € 4 per la prenotazione, e riconoscimento al MMG specialista di € 11,60 per l' esecuzione dell' ECG (nel caso sia eseguito dal MMG) ed € 18.40 per la visita.

Il pagamento degli incentivi seguirà le modalità previste dalle PPIP .

Progetto Aziendale Centro Unico Prenotazione

Le parti concordano di mantenere gli accordi in essere con i singoli MMG e le AM, adeguando le tariffe a quelle corrisposte alle Farmacie, per il singolo MMG e facendo invece riferimento a quanto previsto nell'Accordo Quadro, per le AM.

Progetto Aziendale per la Razionalizzazione dell'Impiego dei Farmaci PPI

Il CA ha istituito un Tavolo Tecnico per l'emanazione di principi guida finalizzati alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci PPI.

Il documento prodotto (ALLEGATO Q), contiene delle indicazioni che da un lato supportano i Medici prescrittori al rispetto dell'applicazione delle note AIFA n. 1 e n. 48 e dall'altro al rispetto dei principi di Farmacoeconomia già utilizzati dal Ministero della Salute per il Prontuario Terapeutico Nazionale 2003 e che stanno alla base della scelta degli indicatori di seguito descritti.

Indicatori

Si concorda di utilizzare i seguenti indicatori:

- **costo medio DDD farmaci PPI** del singolo MMG, calcolato come spesa totale dei farmaci PPI nel periodo considerato diviso il n° DDD totali dei farmaci PPI nello stesso periodo;
- **DDD/1000ab pesati/die** del singolo MMG, calcolato come numero di dosi dei farmaci PPI prescritte ogni giorno a 1000 abitanti "pesati" nel periodo considerato;
- **spesa procapite pesata dei farmaci PPI.**

L'Azienda si assume la responsabilità della corretta elaborazione delle tabelle con gli indicatori.

Incentivi

Per i MMG che partecipano a tale PA è previsto, a partire dal 01.01.2008, un incentivo da erogare come quota capitaria su base annua e suddiviso in 12 mensilità, basato, inizialmente, sul costo medio DDD dei farmaci PPI raggiunto dal MMG nei primi nove mesi del 2007, come dalla seguente tabella:

Tabella incentivi per il PA razionalizzazione dell'impiego dei PPI

<i>ANNO</i>	<i>Obiettivo individuale raggiunto (Costo Medio DDD PPI del MMG)</i>	<i>Incentivo per quota capitaria (€)</i>
2008	da 0,96 a 0,85	0,50
	< 0,85	1,00
2009	da 0,85 a 0,75	0,50
	< 0,75	1,00
2010	< 0,75	1,00

Si concorda inoltre un tendenziale mantenimento della DDD/1000 ab pesati/die entro una variazione del +/- 2%; se necessario l'AUSL verificherà il rispetto dell'applicazione delle note AIFA 1 e 48 e rivedrà le percentuali in considerazione dell'eventuale variazione delle stesse note .

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 31 maggio di ogni anno, a partire dal 2008, dal Comitato Tecnico.

Dal 01.01.2008, il dato di riferimento sarà quello relativo al costo medio DDD calcolato nei primi nove mesi del 2007 con il quale si corrisponderanno gli incentivi fino al 30 giugno 2008 come da tabella.

Al 30 giugno del 2008 verrà calcolato il costo medio DDD del 1° trimestre 2008 con il quale si corrisponderanno gli incentivi fino al 30 marzo 2009.

Al 30 marzo 2009 verrà calcolato il costo medio DDD dell'intero 2008 , si procederà all'eventuale conguaglio relativo allo stesso 2008 , e verrà utilizzato come riferimento per la corresponsione degli incentivi fino al 30 marzo 2010.

Al 30 marzo 2010 verrà calcolato il costo medio DDD dell'intero 2009 , si procederà all'eventuale conguaglio relativo all'anno 2009 , e verrà utilizzato come riferimento per la corresponsione degli incentivi fino al 31 dicembre 2010.

Al 30 marzo del 2011, non appena i dati saranno disponibili, si procederà al conguaglio relativo all'anno 2010, fatto salvo quanto sarà previsto dal nuovo AIL.

L'Azienda USL liquiderà gli incentivi dovuti e quelli a conguaglio, ai MMG che ne hanno diritto, con le competenze del mese di Giugno, pagate a Luglio di ogni anno.

Le eventuali rivalse saranno effettuate a norma di ACN.

IMPLEMENTAZIONE DI PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

Si concorda, al fine di favorire l'attuazione dei PA, di integrare l'elenco delle PPIP, indicate dall'Allegato 4 dell'AIR, con le seguenti prestazioni aggiuntive:

<i>Prestazione</i>	<i>€ per singola prestazione</i> <i>(Nomenclatore Tariffario)</i>	<i>Nota</i>
Prelievo di sangue ematico (punto prelievi)	1,29	solo per progetti concordati
Spirometria	23,25	solo per progetti concordati
Incisione di ascesso	26,35	
Asportazione neoformazione cutanea	28,40	

NORME TRANSITORIE

Relativamente al PA Vaccinazioni Antinfluenzali , con le competenze di febbraio 2008, liquidate a marzo 2008, sarà corrisposto il conguaglio previsto dall'ACN per la campagna vaccinale 2004 , riferita alla popolazione vaccinata di età superiore ai 75 anni .

NORME FINALI

Tutte le cifre previste dal presente accordo sono soggette alle disposizioni in materia previdenziale dell'ACN vigente.

Il presente Accordo, alla scadenza, continua la propria validità in regime di "prorogatio ", a meno di formale disdetta scritta di una delle Parti firmatarie data almeno 6 mesi prima.

Per i MMG aderenti al presente Accordo, si intendono riconfermati tutti i benefit contemplati nell'Accordo precedente:

- la Continuità Assistenziale (CA) il sabato e prefestivi a partire dalle ore 8,00;
- la possibilità di chiusura dell'ambulatorio nelle giornate prefestive.

Le parti concordano inoltre di definire entro il 30 novembre di ogni anno, la programmazione delle risorse per lo sviluppo e l'applicazione dell'AIR nonché l'implementazione dell'AIL, come previsto dalle intese raggiunte.

Ferrara, 20.12.2007

Letto e approvato

Per l'Azienda USL Ferrara
Il Direttore Generale
Dr. Fosco Foglietta

Per la FIMMG
Il Segretario Provinciale
Dr. Claudio Casaroli

ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO A

Accordo Quadro tra Azienda USL Ferrara e FIMMG anni 2007 -2010 relativo all'attuazione dell' Accordo Integrativo Regionale (AIR) n. 1398 del 09.10.2006, alla proroga e al rinnovo dell'Accordo Integrativo Locale (AIL) per la medicina generale del 20.06.2007

ALLEGATO B

Programmazione 2008 per l'applicazione del nuovo AIL e dell' AIR del 03.08.2007

ALLEGATO C

Lettera di Adesione agli NCP

ALLEGATO D

Profilo del Coordinatore di NCP

ALLEGATO E

Profilo del Referente di Distretto e DCP per la medicina generale

ALLEGATO F

Nota Aziendale del 20.12.2007

ALLEGATO G

Modello Organizzativo di estensione oraria oltre la 7 ora

ALLEGATO H

Accordo Quadro per le MdG

ALLEGATO I

Protocollo Clinico e Operativo del progetto Aziendale Ipertensione

ALLEGATO L

Protocollo Clinico e Operativo sul Diabete Azienda USL Ferrara

ALLEGATO M

Protocollo Clinico e Operativo sul Diabete nella Regione Emilia Romagna

ALLEGATO N

Scheda Modulare per l'ADI

ALLEGATO O

Progetto Assistenziale Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

ALLEGATO P

Progetto Cardiologia Territoriale

ALLEGATO Q

Principi guida finalizzati alla razionalizzazione dell'impiego dei PPI