



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**INTESA TRA AZIENDA USL DI BOLOGNA E LE
RAPPRESENTANZE SINDACALI *DEI MEDICI*
DI MEDICINA GENERALE per gli anni 2018-2019
(*ADDENDUM*)**

Indice

- × **Premessa all'integrazione del presente accordo**
- × **La rete professionale e gli strumenti**
- × **Obiettivi generali e aree prioritarie di intervento**
- × **Obiettivi specifici per aree tematiche:**
 1. **Area dell'assistenza long term care**
 2. **Area dell'appropriatezza**
 3. **Area della promozione della salute e della prevenzione**
 4. **Area della formazione e ricerca clinica indipendente**

Allegato 1 Scheda rendicontazione diabete

Allegato 2 Scheda PAI

Allegato 3 Prospetto economico attuativo EXEL

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:

PDTA Scopenso

LLGG Diabete RER.

PREMESSA

Il Piano Nazionale della Cronicità identifica le cure primarie quale ambito privilegiato per valutare i bisogni della popolazione e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, orienta verso un'offerta proattiva e personalizzata di servizi sanitari e sociali, valorizza la relazione con le risorse della comunità (a cominciare dal volontariato e terzo settore), indica la gestione integrata quale strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di efficacia degli interventi, di efficienza delle cure, di salute e di qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. È necessario che il ruolo di coordinamento dell'attività clinica – salvo specifiche condizioni, che per complessità clinica ed assistenziale, richiedono altri ambiti assistenziali e il coordinamento dello specialista – nella presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con specifica responsabilità sulla stesura dei PAI e dei Piani di Cura Personalizzati, sia mantenuto tra i compiti propri del Medico di Medicina Generale.

Ciò premesso, non si tratta di individuare un luogo fisico ove tutto ciò si realizzi bensì di definire un complesso di attività coinvolgenti diversi professionisti e finalizzate alla condivisione del PAI, al suo monitoraggio e alla cura delle patologie croniche .

Alcuni processi di cambiamento nell'ambito dell'assistenza territoriale primaria, determinatisi negli anni, sono stati decisivi , e precisamente:

- Il rafforzamento delle reti integrate di servizi attraverso il consolidamento delle relazioni funzionali tra équipe multi professionali e il lavoro svolto all'interno dei Nuclei di cure primarie (NCP) per il riconoscimento reciproco delle competenze e dei ruoli dei componenti, lo sviluppo di sinergie e di collaborazione.
- Lo sviluppo delle forme associative e di una gestione a rete della medicina generale, focalizzando su di essa gli sforzi organizzativi per riconoscerle un ruolo di effettiva centralità confermato anche dall'evoluzione dalle forme associative per singole categorie professionali alla realizzazione dei NCP, multi professionali.
- La promozione e lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali si realizza compiutamente quando professionalità diverse sanitarie e/o sociale nel rispetto dei reciproci profili di responsabilità e competenze, collaborano alla realizzazione di progetti unitari rivolti a soddisfare bisogni di salute per tutti i soggetti di qualsiasi età aventi necessità assistenziali complesse in modo continuativo o limitato nel tempo.

LA RETE PROFESSIONALE

1. *La rete è identificata come una modalità organizzativa che premia e valorizza le professionalità, le intuizioni, la storia delle Istituzioni, la storia delle persone e le loro competenze.*
2. *Nella rete si mantiene l'autonomia di ciascuna struttura e di ciascuna entità.*
3. *Nella rete si collabora e si modificano i comportamenti.*
4. *La rete funziona se si investe sul coordinamento: attività costosa, impegnativa ma indispensabile.*
5. *La rete funziona nella misura in cui ci si ascolta e si vuole progettare (programmare) non lasciando al caso e alle abitudini la risoluzione dei problemi.*

Altrimenti le reti non sono tali e la continuità assistenziale che è il tema cruciale della rete, viene meno e diventa astratta e burocratica. (cit.: A. Zangrandi)

Riguardo all'evoluzione delle cure primarie vanno considerati sia i contenuti professionali ed assistenziali che gli assetti organizzativi che costituiscono veri e propri snodi critici, a partire dal riconoscimento della specificità delle diverse professioni interessate e dalla capacità di integrazione che esse devono esprimere. Si tratta di continuare a progettare un'evoluzione organizzativa che, per essere in grado di realizzarsi in modo efficace e di produrre risultati apprezzabili sul piano della qualità dell'assistenza erogata e di quella percepita dai cittadini, deve coinvolgere le comunità professionali degli ambiti territoriali definiti dall'Azienda USL.

Si condivide che solo grazie ad un continuo investimento organizzativo, tecnologico e culturale sulle cure primarie e sui nodi ospedalieri si potrà garantire una rete territoriale efficace ed efficiente e che ciò non si verificherà se i due sistemi non sono in grado di dialogare.

Nello specifico vale la cultura della medicina di prossimità, cioè che tutto ciò che è possibile fare vicino all'utente lo deve erogare l'articolazione organizzativa più vicina al domicilio dell'assistito (il domicilio, gli studi medici, le sedi ambulatoriali specialistiche e consultoriali, Case della salute, le strutture residenziali, centri diurni, gli ospedali di comunità).

Diventa quindi strategico programmare lo sviluppo del modello organizzativo e culturale professionale dei NCP curando le relazioni professionali e il ruolo dei NCP e delle Case della salute. Tale progettazione è garanzia di equità, universalità, continuità e qualità delle cure. In quest'ambito particolare rilevanza assume il documento aziendale (Programmazione riorganizzazione assistenza territoriale e ospedaliera) approvato dalla Conferenza Territoriale socio sanitaria.

Obiettivo pertanto della presente intesa è il miglioramento delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i servizi territoriali, consentendo così anche di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al PS, e garantire una assistenza migliore ai pazienti affetti da cronicità anche tramite lo sviluppo delle cure intermedie.

I principali strumenti per costruire e sviluppare innovativi processi operativi proattivi nell'ambito della cronicità sono:

✓ **I Piani sanitari individuali e integrati (PAII):**

in cui gli obiettivi dei trattamenti sono concordati tra medico e paziente e/o famiglia care giver anche sulla base dei bisogni espressi e valutati. L'attivazione del PAI è sostenuta da progetti di educazione del paziente/famiglia e del care giver, fornita direttamente dal medico e da infermieri anche grazie all'uso di strumenti informativi (brochure e creazione di numeri verdi).

✓ **Il riferimento a linee guida basate sulle evidenze:**

che forniscono indicazioni precise sugli obiettivi di sistema, sulle raccomandazioni terapeutiche e sui requisiti educativi per il paziente.

Disporre di network per il miglioramento della qualità, individuare il sistema di feedback del lavoro del medico e creare reminder per controlli post trattamento e controlli preventivi.

Disporre di registri elettronici realizzati secondo modalità create o presenti negli attuali applicativi dei MMG. Per creare un registro dei pazienti i MMG devono documentare abitualmente una serie d'indicatori, per tenere traccia e monitorare costantemente i pazienti affetti da patologie croniche per quanto riguarda esiti e parametri di processo, supportare la valutazione, e generare promemoria per il medico e per i pazienti ("medicina di iniziativa").

✓ **Il miglioramento della qualità, scrittura report e tracciabilità**

L'assicurazione della qualità include un sistema di feedback individuale e report biennale dei parametri di riferimento che mettano a confronto la performance di ogni medico con quella di un gruppo di pari (es MILLE GPG o simili). Le parti si impegnano e ricercare gli strumenti e le risorse che permetteranno di realizzare tale obiettivo mediante interventi di adeguamento di tutti gli applicativi in uso nella medicina di famiglia. I medici, nell'ambito delle riunioni di NCP, mediante l'analisi e discussione di casi clinici raggruppati per tipologia e di audit attiveranno processi di miglioramento della qualità.

✓ **Programmi basati sulla popolazione e orientati alla prevenzione:**

- I programmi prevedono l'omogeneizzazione, nel rispetto di standard qualitativi nazionali, delle raccomandazioni terapeutiche studiate sul campo e delle misure di assicurazione della qualità, nonostante i programmi possano differire tra loro.
- Nel complesso l'attenzione dei programmi è focalizzata sulla prevenzione secondaria. Tutti i pazienti sono incoraggiati a intraprendere quest'approccio.
- La finalità è la produzione di prestazioni caratterizzate da elevati livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza.
- Per raggiungere gli obiettivi prefissati è necessaria l'integrazione multi professionale e multi specialistica.

Perché questo accada, si definiscono le seguenti aree tematiche entro le quali agire definendo gli obiettivi da perseguire nei prossimi anni.

Aree tematiche di indirizzo

1. Presa in carico della cronicità e della fragilità
2. Continuità di cura
3. Sviluppo delle Cure intermedie e cure palliative e rivalutazione progetto aziendale AD (ADI, ADP, ADR)
4. Miglioramento continuo

1. Presa in carico della cronicità e fragilità

Nella gestione delle cure primarie e delle malattie croniche, dove l'assistenza è per la gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine (LTC), il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e lo sviluppo di un atteggiamento pro attivo, che affianca alla tradizionale medicina d'attesa la medicina di iniziativa, rimarcandone il valore di prevenzione del rischio della perdita dell'autosufficienza.

2. Continuità di cura

L'organizzazione sanitaria deve costruire un percorso, coordinato dal medico di medicina generale, caratterizzato da una serie d'interventi mirati al trasferimento delle cure dal contesto, spesso specialistico mono - settoriale ad un pool multi professionale che sia in grado di integrare gli interventi di promozione della salute con quelli preventivi (curativi e palliativi come suggerito dall'expanded chronic care model).

La continuità è, dunque, un processo basato sulla collaborazione di professionisti riferiti ad aree diverse, teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle opzioni e dei servizi che possono soddisfare i bisogni individuali, in campo sanitario e sociale.

3. Sviluppo delle Cure intermedie

Si concorda sulla necessità di condividere tra le parti il progetto aziendale sulle cure intermedie e la conseguente declinazione organizzativa e gestionale nelle singole realtà territoriali.

Si concorda sulla necessità di condividere il progetto cure palliative e analizzare le criticità organizzative e gestionali dell'Assistenza Domiciliare con revisione delle procedure e successiva rivalutazione del progetto aziendale AD (ADI, ADP, ADR, assistenza medica nelle CRA).

A tal fine l'Azienda si impegna ad istituire una Commissione tecnica composta dai referenti clinici e professionisti dell'Azienda che, entro 3 mesi dalla sottoscrizione dell'Accordo, rielaboreranno i criteri di valutazione dell'ADI e che saranno successivamente discussi e validati dal Comitato aziendale per la Medicina Generale.

4. Miglioramento continuo e qualità multiprofessionale dell'assistenza

Attraverso l'uso integrato di tutti questi elementi, l'impegno per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza si traduce concretamente nella crescita in termini di appropriatezza ed efficacia del sistema delle cure primarie, al fine di garantire che ogni cittadino/paziente riceva la prestazione di cui necessita.

Perché ciò si realizzi, occorre partecipare allo sviluppo di un modello funzionale di progetto "Case della salute" per l'ambito territoriale di riferimento, realizzando una più completa integrazione tra tutti i professionisti territoriali e ospedalieri, contribuendo alla crescita delle Comunità professionali.

All'interno di quest'area tematica afferiscono la formazione e ricerca clinica indipendente, entrambi strumenti di crescita professionale ed introduzione governata dell'innovazione e di miglioramento.

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici vengono declinati secondo queste aree:

- area dell'assistenza long term care
- area dell'appropriatezza
- area della promozione della salute e prevenzione
- area della formazione e ricerca clinica indipendente.

AREA DELL'ASSISTENZA LONG TERM Presa in carico e gestione della fragilità e della cronicità.

Il Piano Nazionale Cronicità rappresenta un importante riferimento per la gestione territoriale del paziente cronico, spesso polipatologico, che per via della complessità individuale, risulta difficilmente inseribile in percorsi predefiniti studiati per precise situazioni mono patologiche, richiedendo un Piano Sanitario e Assistenziale individualizzato

La gestione delle malattie croniche, sempre più complessa, richiede il superamento di barriere organizzative, professionali e operative verso una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico dei pazienti, fornendo strumenti e servizi di supporto alle famiglie per aumentare in modo pro attivo le competenze dei pazienti stessi e delle famiglie. (es.: educazione e informazione, sostegno e sollievo, counselling, supervisione e monitoraggio, programmi e interventi strutturati, diretti e/o telefonici).

La Medicina generale unitamente all'Azienda collabora allo sviluppo di progetti condivisi e concordati di medicina d'iniziativa e di opportunità per la gestione integrata dei pazienti/assistiti con patologia cronica nel contesto delle attività dei NCP .

Assistenza ai pazienti fragili (Progetto sperimentale fragilità)

La fragilità consiste in una situazione precaria di equilibrio della propria condizione di vita che aumenta la vulnerabilità di una persona anziana di fronte a stress ambientali o modificazioni dello stato personale anche di lieve entità ed espone al rischio di progressione sfavorevole verso la non autosufficienza. È quindi una condizione che può portare il soggetto anziano alla dipendenza o all'ospedalizzazione.

Utilizzando gli indici di fragilità dell'epidemiologia e/o l'algoritmo regionale RiskER e le potenzialità delle cartelle informatizzate dei MMG, al fine di un'integrazione delle informazioni, ai medici saranno consegnate le liste dei pazienti a fragilità alta e molto alta. Il medico dovrà confermare o no lo stato di fragilità del paziente, integrando ove occorra le liste suddette, fare una valutazione congiunta dei bisogni, prevalentemente nell'ambito degli incontri di NCP o, in casi particolari, secondo modalità concordate con il medico di medicina generale. Il MMG con il medico specialista, infermiere e/o assistente sociale e definisce un PAI ed attiva, qualora necessario, i servizi socio assistenziali o altri interventi necessari, valuta l'aderenza e, se necessario, attua la revisione della terapia, oltre a valutare l'opportunità di invio nelle strutture delle cure intermedie.

Il PAI o piano assistenziale individualizzato, è il documento informatizzato di sintesi che raccoglie e descrive il progetto di assistenza e cura costruito sull'individuo, che ha come obiettivo il massimo livello possibile di autonomia e benessere: è il risultato documentale del coordinamento di tutte le figure che si occupano del paziente, e da questi sottoscritto anche mediante familiare/tutore.

Il PAI è compilato per le sezioni di competenza da ogni membro dell'equipe assistenziale; al Medico di Medicina Generale spetta il compito di verifica della coerenza e fattibilità delle varie azioni rispetto al quadro clinico. A seguito della prima stesura, il piano viene aggiornato nel caso si riscontrino sostanziali modifiche nello stato di salute, con cadenza periodica ma almeno una volta l'anno.

Il PAI comprende:

- la valutazione di aspetti clinico - sanitari riportata dai Medici di Medicina Generale
- la valutazione, pianificazione e proposta di assistenza infermieristica effettuata dagli Infermieri
- la valutazione e pianificazione/proposta delle esigenze di riabilitazione e riattivazione motoria messa a punto dal fisioterapista
- la valutazione di aspetti più personali, di relazione e socializzazione, effettuata da Assistente Sociale
- la valutazione di problematiche gestibili attraverso le consulenze specialistiche

Il PAI è quindi uno strumento modulabile, capace cioè di rispondere al principio di dinamicità e cambiamento che accompagna una persona nel suo percorso di cura, leggibile da tutti gli operatori che trovano al suo interno le informazioni utili per il perseguimento degli obiettivi attraverso metodi e strumenti di lavoro esplicitati.

La formulazione integrata del PAI è un processo di stratificazione complessa dei bisogni assistenziali idoneo ad analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche, ma con un utilizzo appropriato delle risorse necessarie, tenendo in considerazione la volontà espressa dal paziente e dal care giver.

Obiettivi

Analisi e ricomposizione degli elenchi di pazienti fragili (identificati dall'Azienda secondo protocollo condiviso RiskER) rispetto alle informazioni in possesso al MMG

Indicatori :

- numero valutazioni effettuate congiunte sul totale dei fragili negli elenchi. Ogni medico individua almeno 7 casi nell'anno

Standard :100% nei 2 anni della presente intesa

Per la messa a regime di questa modalità di presa in carico si ritiene opportuno un periodo di sperimentazione/monitoraggio di 2 anni

Percorso PAI Fragili/Cronici

Nell'ambito degli incontri di NCP ai MMG saranno fornite le schede relative ai propri pazienti a rischio alto e molto alto di ospedalizzazione, individuati secondo algoritmo Risk ER .

Il MMG, che potrà integrare l'elenco dei fragili con altre informazioni in suo possesso, selezionerà fino ad un massimo di 7 pazienti/anno con le caratteristiche della fragilità e/o cronicità (esempio pz con scompenso cardiaco, etc) e non già inseriti in programmi assistenziali.

Il MMG è il responsabile clinico del caso.

Nell'ambito degli incontri di NCP sarà redatto il piano assistenziale individuale con il team e la sua rivalutazione annuale. Sempre nello stesso contesto saranno discusse le opportunità, le iniziative terapeutiche ed assistenziali messe in atto nonché le criticità organizzative riscontrate nell'attuazione del PAI .

I Piani assistenziali individuali potranno anche, nei casi urgenti, essere redatti dal team per mezzo dei sistemi telematici disponibili o al domicilio del paziente nel rispetto della normativa sulla privacy.

Le rivalutazioni annuali dei PAI non riguarderanno i pazienti inseriti successivamente in ADI.

Patologie Croniche di particolare rilevanza nei pazienti fragili

Per le patologie croniche L'Azienda USL di Bologna ha orientato la propria progettualità verso un modello centrato sulla presa in carico integrata dei pazienti , sviluppo della medicina d'iniziativa, definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza, valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati e possibilità di accesso rapido dei pazienti, secondo l'intensità del bisogno assistenziale sviluppando una rete di soggetti che localmente siano in grado di offrire risposte concrete ai problemi complessi utilizzando metodi e strategie adeguate allo sviluppo di interventi integrati ed organici

Assistenza ai pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico sintomatico.

L'obiettivo è la Formulazione di un PAI correlato al PDTA aziendale sul paziente con scompenso cardiaco (allegato), con identificazioni per pazienti con tre o più ricoveri non programmati all'anno (**frequent user**) a prescindere dalla classe NHYA ,oltre a pazienti particolarmente problematici segnalati dal MMG.

Alla base c'è la condivisione del percorso (PAI) con la componente specialistica e infermieristica. Pertanto l'ASL procederà al monitoraggio del numero delle prese in carico.

Obiettivi

Aumentare la presa in carico territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco (frequent user)

L'individuazione dei pazienti da arruolare può avvenire con quattro modalità:

1. Il MMG individua tra i propri assistiti quelli con le caratteristiche per cui si ritiene utile e necessaria la gestione del team nei diversi livelli erogabili, propone il percorso ed acquisisce il consenso dell'assistito.
2. Lo specialista cardiologo individua, tra i pazienti che accedono al Percorso Scompenso Cardiaco Intraospedaliero, i pazienti stabilizzati (pazienti con 3 o più ricoveri (frequent user) non programmati all'anno a prescindere dalla classe NHYA) lo segnala al medico di medicina generale che provvederà a valutarne l'inserimento nel percorso territoriale dello scompensato
3. Ogni specialista che rilevi la presenza di soggetti ad alto rischio di SC e di soggetti con SC, in base alle caratteristiche delle persone arruolate, segnala direttamente il paziente al MMG.
4. Il PCAP attivato dalle U.O. ospedaliere nell'ambito dei programmi per le Dimissioni protette ospedaliere, in caso di dimissione di paziente affetto da SC (frequent user), segnala direttamente il paziente al MMG e poi eventualmente al setting assistenziale necessario.

Ruolo dell'Infermiere

Svolge la funzione proattiva di richiamo dei pazienti secondo le prescrizioni del MMG e inserite nel piano individuale di assistenza .

Verifica l'effettuazione di accertamenti di follow up, controlli clinici e diagnostici prescritti dal MMG, segnalando allo stesso eventuali criticità e utilizza, laddove presenti agende riservate .

Compila la scheda raccolta dati.

Individua la figura del care giver

Esegue al domicilio del paziente la rilevazione dei parametri di follow up (P.A. frequenza cardiaca, saturazione, peso corporeo, diuresi, respirazione e segni di affaticamento) e informa il MMG (tramite il PCAP) circa le problematiche emergenti, si assicura della completezza dei dati da lui stesso raccolti in cartella e verifica l'aderenza del paziente al percorso e al trattamento.

Effettua il monitoraggio dei comportamenti alimentari, in particolare l'utilizzo del sale e l'assunzione dei liquidi ed eventuali segni di ritenzione idrica (edemi declivi).

Verifica l'adesione alla terapia

Informa il MMG quando il paziente non si è reso disponibile ai controlli programmati

Mantiene informato il MMG dell'andamento del monitoraggio anche tramite strumenti informatici e a cadenza da determinare nel PAI.

Ruolo dell'Assistente sociale

Valutazione dell'assetto sociale e verifica della presenza di eventuale disagio.

Stesura del progetto di sostegno sociale appropriato (diretto – indiretto) integrato nel PAI

Attivazione, in collaborazione con il team, di professionalità specifiche o servizi di volontariato a supporto dei pazienti in regime di ADP o ADI

Indicatori per il monitoraggio della presa in carico/processo:

- Numero dei pazienti presi in carico territoriale per scompenso cardiaco (dato raccolto dai MMG e validato dal Dipartimento)
- % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno un monitoraggio annuo di laboratorio (assetto lipidico e metabolico, funzionalità renale elettroliti ...).

Indicatori per il monitoraggio della presa in carico/outcomes

- Riduzione dei ricoveri nei frequent user (pazienti con 3 o più ricoveri non programmati) presi in carico
- % pazienti residenti con diagnosi di scompenso, con 3 o più re-ricoveri urgenti per tutte le diagnosi a 60 giorni < 23%

Gestione integrata dei pazienti diabetici

Da molti anni nell'AUSL di Bologna è in essere un progetto di gestione integrata dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2. I risultati positivi di tale progetto hanno, tra l'altro, riguardato l'emersione di numerosissimi casi di pazienti in precedenza con malattia misconosciuta, un buon controllo degli indicatori di malattia e una significativa riduzione delle complicanze. Con la presente Intesa, pertanto, le parti convengono di promuovere ulteriormente l'estensione del progetto.

Il diabete mellito è una patologia complessa che richiede continui interventi medici e assistenziali volti non solo all'ottimizzazione dei livelli glicemici, ma anche alla prevenzione e/o correzione di molteplici fattori di rischio, soprattutto cardiovascolari, al fine di prevenire le complicanze acute e croniche della malattia.

Nell'assistenza della persona con diabete, la cura deve essere guidata dalle migliori evidenze scientifiche disponibili adattate al contesto ambientale e deve essere personalizzata e condivisa con ogni singola persona nel rispetto dei suoi valori e delle sue preferenze attraverso un'adeguata informazione-formazione per poter scegliere e aderire al proprio piano assistenziale. La presa in carico segue le linee d'indirizzo regionali sul diabete in età adulta recepite dal PDTA aziendale.

Occorre organizzare un'assistenza socio-sanitaria alle persone affette da diabete secondo i principi della medicina d'iniziativa, efficace ed efficiente in termini di prevenzione e assistenza, che assicuri equità di accesso e che si basi sulla continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i professionisti e riconoscendo un ruolo attivo del cittadino e della comunità locale nella gestione della propria salute.

Il Progetto Case della Salute rappresenta lo strumento per integrare e coordinare le diverse competenze nella gestione ospedale territorio; inoltre crea i presupposti per intervenire nella prevenzione e nella presa in carico pro attiva della cronicità.

Per quanto riguarda la gestione integrata del Diabete, sono compiti del MMG la diagnosi precoce, la stratificazione del rischio, i controlli clinici periodici, la terapia, la definizione, quindi, del percorso clinico terapeutico individualizzato e la definizione dei livelli d'integrazione necessari e possibili:

- × periodiche e programmate valutazioni nello studio dello stesso MMG (esperienza ormai consolidata di richiamo attivo e programmato del paziente).
- × periodiche valutazioni specialistiche programmate e definite sulla base della stratificazione del paziente senza nulla togliere alle necessità cliniche emergenti.
- × coinvolgimento delle opportunità offerte dal Progetto Case della salute: controlli glicemici pre e post prandiali, consulenza della dietista, avvio all'attività fisica adattata e ai corsi per smettere di fumare...).

La modalità della presa in carico passa da una concezione prestazionale a una concezione di presa in carico per caso trattato.

Obiettivo

Migliorare e aumentare la presa in carico territoriale condivisa dei pazienti con diabete mellito.

L'implementazione dei sistemi informativi permetterà il monitoraggio della presa in carico, la compilazione automatizzata, per mezzo degli attuali applicativi dei MMG, della scheda di monitoraggio diabete (ALLEGATA) e la creazione di un registro aziendale di patologia. Le parti concordano su una valutazione periodica del progetto sulla base dei risultati ottenuti e delle criticità eventualmente rilevate.

Indicatori di Processo

- Glicemia ogni 3 mesi
- Emoglobina glicata ogni sei mesi
- creatininemia, microalbuminuria (rapporto albumina\creatinina urinaria), uricemia, colesterolo totale, colesterolo LDL ,colesterolo HDL, trigliceridi, GPT (ALT), emocromo, urine completo ogni anno.

Invii a:

- percorsi di educazione alimentare e/o consulenza dietologica.
- corsi per smettere di fumare.
- corsi di attività fisica.

Indicatori di appropriatezza/risultato

- % di pazienti classificati come diabete tipo II che hanno eseguito test per il dosaggio dell'HbA1c con valore nell'anno
 - <65 anni obiettivo glicata ≤ 53 millimoli
 - 65-80 anni obiettivo glicata ≤ 58 millimoli
 - > 80 anni obiettivo glicata ≤64millimoli

Progetto di prevenzione per i soggetti a rischio di sviluppare il Diabete Mellito di tipo 2

Vista la prevalenza della patologia diabetica e l'importanza di un intervento precoce, le parti si impegnano a sviluppare uno specifico "Progetto di prevenzione per i soggetti a rischio di sviluppare il Diabete Mellito di tipo 2."

AREA DELL'APPROPRIATEZZA

1. Politica del farmaco
2. Assistenza specialistica ambulatoriale
3. Diagnostica di laboratorio

1. Politica del farmaco

L'impegno e la collaborazione della medicina generale nel perseguire gli obiettivi di appropriatezza hanno portato, in questi anni, a risultati apprezzabili per cui si conviene di perseguirli individuando congiuntamente i seguenti obiettivi relativi alla politica del farmaco.

Gli obiettivi aziendali per il governo della farmaceutica saranno fissati annualmente e riguarderanno:

- la promozione dell'utilizzo incrementale di medicinali a Brevetto Scaduto (BS);
- le iniziative di Governo Clinico volte a correggere sia l' under treatment che l'over treatment in alcuni ambiti individuati a bassa o ad elevata prescrizione sulla base di parametri condivisi;
- la definizione condivisa di over treatment e dei criteri e dei metodi per gli eventuali switch.
- gli incontri collegiali con gruppi di medici ospedalieri in tema di rispettiva appropriatezza prescrittiva.
- gli audit dei NCP sui temi condivisi di appropriatezza, della prescrizione su ambiti prioritari (PPI, statine, vitamina D, farmaci respiratori, terapia del dolore) con il supporto del farmacista del NCP
- la diffusione di iniziative volte alla promozione della prescrizione appropriata dei farmaci su alcuni argomenti clinici specifici per i quali la letteratura offre indicazioni consolidate (Choosing wisely)
- il potenziamento della distribuzione farmaci ad acquisto diretto ove previsto dalla normativa vigente (DD e DPC)
- il miglioramento dell'appropriatezza nell'uso dei farmaci per le dislipidemie in prevenzione primaria e secondaria (riduzione dell' over treatment e under treatment).

La diffusione di iniziative rivolte ai temi della polifarmacoterapia e del rischio clinico, con particolare riferimento alla promozione delle strategie di riconciliazione in terapia (deprescribing, aderenza farmacologica).

Per la qualità delle cure e la sicurezza del paziente saranno organizzati, nell'ambito degli incontri previsti di NCP e/o della formazione obbligatoria, incontri formativi, anche in piccoli gruppi, con Specialisti ospedalieri e ambulatoriali, per analizzare e discutere insieme le prescrizioni potenzialmente a rischio per i pazienti. Gli incontri potranno essere accreditati ECM

2. Assistenza Specialistica ambulatoriale e governo liste d'attesa

Per l'appropriata richiesta di prestazioni di diagnostica strumentale e di specialistica in generale, le rappresentanze dei MMG saranno coinvolte nei percorsi aziendali di definizione di protocolli e PDTA

Per l'anno 2018 l'oggetto del lavoro con gli specialisti, in conformità a documenti condivisi, verterà su:

- Cardiologia (in particolare test da sforzo, ECG Holter ed ecocardiografia)
- Angiologia (in particolare ECO doppler)

L' Azienda Usl di Bologna si impegna ad implementare tutte le strumentazioni informatiche per la diretta prescrizione degli esami strumentali e di laboratorio da parte degli specialisti .

Obiettivo: promuovere un più appropriato utilizzo delle prestazioni specialistiche nelle due discipline di cardiologia e angiologia (Formazione obbligatoria)

Non saranno attribuite ai MMG le prescrizioni degli accertamenti oggetto di monitoraggio indotte dagli specialisti di centri accreditati o di strutture pubbliche.

Diagnostica di Laboratorio Prescrizione appropriati di esami di laboratorio;
per l'anno 2018 l'oggetto del lavoro verterà su:

Obiettivo

- utilizzo sistematico degli esami Reflex (TSH,PSA,)
- marker oncologici

Saranno individuate annualmente le altre aree d'intervento sulla base delle indicazioni regionali e aziendali definendo linee di lavoro condivise e con il coinvolgimento degli specialisti

AREA DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE

Per la salvaguardia della salute, si concorda sul valore imprescindibile della promozione di stili di vita sani e della prevenzione e diagnosi precoce delle patologia croniche, con particolare riferimento a :

- screening oncologici (SOF, MAMMO, HPV)
- prevenzione delle malattie infettive e diffuse (Vaccinazioni)
- dipendenze patologiche
- patologie croniche
- fragilità nell'anziano
- stili di vita, obesità, con la possibilità di creare appositi ambulatori medici dedicati e di sperimentare progetti specifici di NCP/Casa della salute e di interrompere e/o rivalutare in Comitato aziendale tutte le "sperimentazioni " attualmente in essere concordandole con le rappresentanze dei MMG

Il benessere è oggi un tema di grande attualità e anche l'OMS definisce la salute non solo come "assenza di malattia" ma soprattutto come "uno stato di completo benessere fisico psichico e sociale" da raggiungere unendo un sano stile alimentare e una regolare attività fisica a comportamenti idonei che permettendo non solo di "star bene" ma anche di "sentirsi bene". Negli ultimi decenni la realtà italiana, così come è avvenuto per quella mondiale, è radicalmente cambiata e nel cambiamento è incluso lo stile di vita alimentare con il ridimensionamento del ruolo degli schemi tradizionali tramandati e vagliati dalla nostra tradizione. L'invecchiamento della popolazione ha portato un aumento delle patologie croniche, che in quanto tali richiedono un dispendio economico sempre maggiore con un carico divenuto troppo pesante in una fase di risorse limitate. Un'opportunità di risparmiare le scarse risorse, ottimizzandole, è quella di investire sulla prevenzione delle malattie, specie primaria, mediante la promozione di una cultura della salute, supportata da fonti qualificate e autorevoli, con modelli possibilmente rivolti a tutti i cittadini. Tutta la Comunità scientifica è orientata in questo senso. La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari , e in particolare evitando il fumo , avendo un'alimentazione corretta, limitando il consumo di alcol e svolgendo attività fisica regolare. Inattività fisica e alimentazione scorretta sono tra i fattori responsabili dell'insorgenza di malattie croniche

tra la popolazione europea: per questo motivo l'Ufficio Europeo dell'OMS, in collaborazione con i ministeri della salute e la Commissione Europea, ha realizzato la mappatura delle politiche statali e regionali intraprese per contrastare l'insorgenza dell'obesità e promuovere attività fisica e corretta alimentazione. I risultati dell'indagine sono disponibili all'interno di un database "Who European database on Nutrition Obesity and Physical Activity"(Nopa)". Un intervento preventivo è utile a qualsiasi età, considerando che la salute dell'anziano dipende dall'impostazione di vita che si è dato da giovane. Il Medico di Famiglia, proprio per la sua caratteristica di essere il principale referente del paziente-consumatore in fatto di salute, assume un ruolo fondamentale nel processo di educazione e prevenzione.

OBIETTIVI DI PREVENZIONE

1. Il Medico di medicina generale promuove le vaccinazioni obbligatorie e facoltative, effettua attività di counselling nelle vaccinazioni, partecipa alla realizzazione del nuovo Piano regionale per i vaccini e in particolare per specifici gruppi a rischio. Progetto vaccinazioni non obbligatorie antinfluenzale, antimeningococcica e anti pneumococcica. (allegato: Intesa OOSS e azienda su vaccinazioni)
2. Implementazione adesione ai programmi di screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, dei tumori del collo dell'utero e del colon retto attraverso la verifica periodica della reportistica aziendale e successivo counselling ai non aderenti.
 - a. Indicatori aumento dell'adesione rispetto all'anno precedente.
3. Prevenzione delle patologie croniche e invalidanti

Obiettivi

Partecipazione agli obiettivi di prevenzione primaria e secondaria concordati (es. obesità, malattie cardiovascolari, IRC, cadute nell'anziano), ricompresi nei diversi setting del Piano Regionale per la Prevenzione e del rispettivo Piano Attuativo Locale.

Invio da parte dei MMG dei cittadini ad attività strutturate di prevenzione primaria e secondaria organizzate dall'Azienda USL per modifica degli stili di vita con programmi per: attività fisica, gruppi cammino, parchi in movimento, disassuefazione dal fumo, corsi collettivi di educazione alimentare tenuti da dietisti.

Presa in carico condivisa con UO Nefrologia dei pazienti slow progressor previa identificazione da parte del MMG (in seguito a criteri definiti da uno specifico percorso formativo).

Indicatore:

- Cittadini inseriti nell'anno in almeno un'attività strutturata/assistiti >40 anni

Standard

- +10% per distretto

AREA DELLA FORMAZIONE E RICERCA

Obiettivi formativi e di ricerca clinica

Si conferma il valore strategico delle iniziative di formazione permanente rivolte ai MMG, predisposte nel Programma Annuale, elaborato in sintonia con il Piano per la Formazione dell'Azienda, al fine di garantire coerenza con le iniziative di aggiornamento rivolte alle diverse figure professionali presenti nel Dipartimento delle Cure Primarie.

Analogamente, ma in particolare per i medici di CA, saranno privilegiati progetti formativi volti a sviluppare l'interazione con i professionisti che intervengono negli accessi in PS.

La Commissione Paritetica Aziendale si conferma quale organo collegiale privilegiato al quale compete:

- La programmazione e la valutazione complessiva della formazione obbligatoria specifica in medicina generale,
- La conseguente definizione degli argomenti scelti con modalità partecipate in base alle richieste e dei bisogni formativi espressi dai MMG (gli incontri di nucleo potranno essere il luogo per avere la migliore interazione)

- La scelta della tipologia degli eventi formativi (incontri residenziali, incontri in piccoli gruppi, incontri di NCP, Formazione a Distanza) oggetto di accreditamento
- L'individuazione degli animatori di progetto per gli eventi specifici

L'Azienda USL ritiene di attivare una sperimentazione con il supporto di strumenti di rilevazione specifici (tramite una ditta esterna) che negli incontri in plenaria, con almeno 200 partecipanti, permetterà sia la registrazione delle presenze che l'elaborazione dei questionari di apprendimento e di gradimento dei partecipanti, nonché il supporto tecnico per la manutenzione e funzionalità degli strumenti e per la preparazione delle slides.

Per ogni tipologia di evento, in linea di massima, (in plenaria circa 200 partecipanti, piccoli gruppi interattivi con circa 25 partecipanti, incontri aggiuntivi di NCP accreditati) si prevede normalmente l'individuazione di uno o più animatori di progetto (a seconda della complessità dell'evento formativo e del numero di docenti di contenuto da coinvolgere) i quali, nella fase di progettazione:

1. definiscono ed elaborano gli obiettivi generali e specifici dell'evento, concordandoli con il DCP e comunicandolo ai docenti; individuano i docenti di contenuto di concerto con il DCP
 2. sviluppano il progetto formativo specifico condividendo con i docenti, oltre agli obiettivi, i contenuti e il metodo delle relazioni e le modalità di raccolta delle conclusioni delle giornate;
 3. definiscono le modalità di verifica dell'apprendimento e valuta le ricadute formative previste;
- elaborano il gradimento degli eventi formativi, se non eseguito dalla ditta incaricata.

Nella realizzazione degli eventi il ruolo degli animatori di aula si esplica in:

- ✗ partecipazione ad uno o più incontri preparatori dell'evento;
- ✗ valutazione ed eventuale proposta di correzione del materiale didattico preparato dai docenti di contenuto (qualora non rispondesse ai reali bisogni formativi dei MMG e/o non risultasse adatto alla tempistica prevista) ;
- ✗ presenza in aula per introdurre l'evento formativo e facilitare l'integrazione con i docenti, sollecitare la discussione e raccoglierne le eventuali proposte, redigere sintesi conclusiva dei temi clinici emersi, del raggiungimento degli obiettivi didattici e del clima d'aula. Nei piccoli gruppi registrare i presenti, raccogliere ed elaborare i questionari di gradimento
- ✗ valutazione dell'apprendimento tramite raccolta ed elaborazione dei questionari presentati nel format previsto

Nell'esplicitare i ruoli sopra delineati, si ritiene che l'impegno degli animatori si diversifichi a seconda della tipologia:

- per interventi residenziali il rapporto animatore/discenti si ritiene debba essere pari a 1/200, in considerazione dei supporti tecnologici messi a disposizione dal DCP
- per interventi interattivi in piccoli gruppi – che saranno da privilegiare nella programmazione dell'offerta formativa si conferma il rapporto ottimale animatore/discenti 1/25
- Tutti gli animatori - di progetto e di aula - coinvolti per ogni evento collaborano con i coordinatori di NCP per trasferire i contenuti didattici nell'ambito delle attività dei relativi Nuclei.

Nei distretti in cui non sono più presenti gli animatori di formazione si faranno garanti gli altri animatori ai quali verrà corrisposta oltre la tariffa oraria un incentivo per il trasferimento (pari a massimo 2 ore).

La valorizzazione economica sarà ad evento, distinguendo:

- a) evento in plenaria (200 discenti) per massimo 80 ore complessive pari a 4.800 €
- b) evento in piccolo gruppo (25/50 discenti) per massimo 150 ore pari a 9.000 €

Obblighi per i MMG

La frequenza dei corsi, così come previsto da ACN, nel biennio deve essere pari al 70% dei corsi organizzati dall'Azienda, salvo assenze per malattie certificate (oltreché per lo svolgimento di documentati incarichi sindacali o previdenziali di livello regionale e nazionale non altrimenti differibili) e inviate tempestivamente al DCP.

Ricerca clinica indipendente

La ricerca clinica è riconosciuta in diversi ambiti come utile volano per il miglioramento della qualità assistenziale. Per questo motivo è diventata ormai elemento cardine del governo delle aziende sanitarie (e non solo universitarie) sia per i setting ospedalieri che territoriali. Il contesto della AUSL Bologna non può non essere letto come forte stimolo alla ricerca indipendente, non da ultimo per la convivenza con l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico identificato nell'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ALLEGATO: Ricerca nell'assistenza primaria).

Obiettivo

Promuovere lo sviluppo e la crescita di ricerca indipendente in medicina generale, anche in collaborazione con l'Università e l'IRCSS

Indicatori

Aumento dei protocolli di ricerca (osservazionale o sperimentale) presentati al Comitato Etico da parte dei MMG sempre più formati in tal senso, grazie anche a specifici progetti di formazione (esempio: scuola nazionale di ricerca FIMMG)

Tabella obiettivi e incentivi

Gli obiettivi e le quote incentivanti concordate tra le parti sono dettagliate nella tabella obiettivi e incentivi allegata (allegato n.).

Norme finali

A tutte le remunerazioni definite dalla presente Intesa si applica la normativa ENPAM così come previsto dal vigente ACN e dalle circolari applicative ENPAM.

Rispetto ai temi dell'accordo e ai relativi finanziamenti, gli stessi possono subire variazioni e trasferimenti tra gli obiettivi individuati sulla base della realizzazione dei singoli progetti assistenziali su cui le parti concordano nel merito priorità e necessità di realizzazione.

Le parti condividono che la somma di euro 500.000 a parziale finanziamento della presente Intesa possa derivare e trovare copertura da una possibile minor spesa per l'appropriatezza prescrittiva farmaci specialistica.

Con particolare riferimento agli obiettivi del Progetto Diabete, l'Azienda si impegna a liquidare quanto ancora non erogato per l'anno 2017 entro il mese di aprile 2018 (cedolino maggio 2018).

Le parti si impegnano alla costante ricerca di soluzioni interpretative condivise sulle eventuali ricadute locali di provvedimenti normativi nazionali e regionali.

Il presente addendum integra e sostituisce l'Accordo AUSL MMG 2012 2014 sottoscritto il 7 giugno 2012 e successive modifiche e integrazioni per le parti disciplinate dalla presente Intesa; restano in vigore i contenuti dell'Accordo succitato e delle successive modifiche e integrazioni per le parti non oggetto di trattazione nella presente Intesa.

Validità

La presente Intesa ha validità dalla data di sottoscrizione sino a tutto il 2019 e potrà proseguire in regime di *prorogatio* salvo disdetta di una delle parti.

Per le OO.SS.

**Per FIMMG
Il Segretario Provinciale
Dr. Fabio Maria Vespa**

**Per SNAMI il Segretario Provinciale
Dr.ssa Elisabetta Simoncini**

**Per SMI
Il Rappresentante Aziendale
Dr.ssa Lucia Monari**

Bologna lì

**Per l'Azienda USL di Bologna
Il Direttore Generale
Dr.ssa Chiara Gibertoni**