

ACCORDO AZIENDALE per l'anno 2013

tra l'AZIENDA SANITARIA LOCALE della provincia di BERGAMO
e le ORGANIZZAZIONI SINDACALI MEDICHE per la Medicina Generale

in applicazione del comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 – testo integrato con
l'ACN 2009

Richiamato il comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 – testo integrato con l'ACN 2009 – che prevede che ciascuna regione dispone di fondi per l'erogazione del compenso pari a € 3,08/Assistito/anno per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al Governo Clinico;

Richiamato il comma 18 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 – testo integrato con l'ACN 2009 – che prevede che gli obiettivi da raggiungere da parte dei Medici di Assistenza Primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o Distretto e Organizzazioni Sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di Accordo Regionale;

Richiamato quanto previsto al punto 1) “Presenza in carico del paziente e Governo Clinico” della Parte Prima della pre-intesa per l'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale siglata tra la delegazione trattante di Parte Pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. Regionali recepita con la D.G.R. n. VIII/004723 del 16/05/2007 e i successi AA.II.RR.;

Vista la D.G.R. n. IX/4562 del 19/12/2012, che approva l'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) con i Medici di Medicina Generale contenente le linee di indirizzo regionali ai sensi della D.G.R. IX/4334 del 26/10/2012 – anno 2013 - siglata tra la Delegazione trattante di parte Pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. Regionali dei Medici di Medicina Generale;

Preso atto che nel suddetto A.I.R., rispetto ai precedenti, non vengono fornite specifiche indicazioni in merito al Governo Clinico e che si ritiene, pertanto, di dare continuità ai progetti di governo clinico intrapresi negli anni precedenti al fine di non generare soluzioni di continuità nell'assistenza ai pazienti assistiti dai Medici di Assistenza Primaria e mantenere il livello di appropriatezza raggiunto nell'accesso alla Specialistica Ambulatoriale da parte di tali pazienti;

Vista la D.G.R. n. IX/4334 del 26/10/2012 “Regole 2013” che prevede – ai fini di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale – di promuovere la prescrizione e l'uso di farmaci equivalenti, la cui percentuale di prescrizione fissata per l'ASL di Bergamo da Regione Lombardia – con prot. H1.2013.0003737 del 31/01/2013 - è pari al 70% in termini di percentuale in DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte;



Preso atto che il Codice Deontologico, approvato nel dicembre 2006, all'articolo 13, "Prescrizione e trattamento terapeutico", precisa che: ".....(omissis) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.....(omissis)";

Affermato che si condivide nel merito la considerazione secondo cui, in presenza di studi che dimostrino parità di indicazioni cliniche, efficacia, tollerabilità e garanzia di compliance di farmaci a brevetto scaduto rispetto a farmaci coperti da brevetto, la prescrizione del farmaco a minor prezzo costituisce espressione di comportamento etico;

Richiamato che con la D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010 "Regole 2011" questa ASL è stata individuata tra le AA.SS.LL. in cui attivare il progetto Chronic Related Group (CReG) e che tale progetto è stato assegnato alla Società Cooperativa SRL IML, cui risultano associati 205 MAP di questa provincia;

Preso atto che tale progetto – su indicazione della Direzione Generale Sanità Regione Lombardia - ha preso avvio in data 14 dicembre 2011 e che di tale sperimentazione risulta necessario tener conto nell'ambito della definizione dell'Accordo di Governo Clinico 2013;

Richiamato altresì l'Accordo Aziendale siglato il 16 agosto 2004, con particolare riguardo alla formazione continua nelle Cure Primarie ed all'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici;

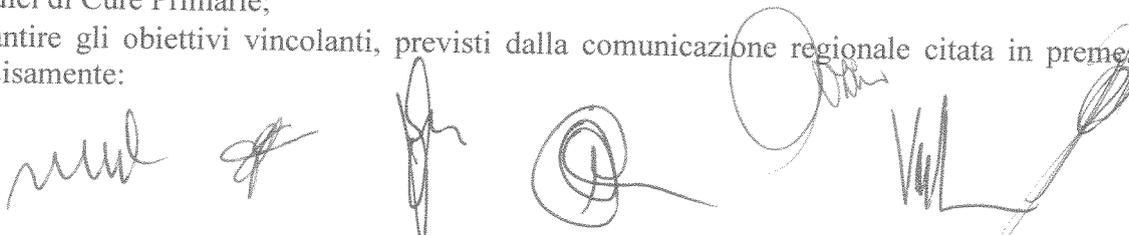
Visto il punto 1a) dell'AIR 2013 che prevede l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche;

Preso atto che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia;

si concordano

gli obiettivi che i Medici di Assistenza Primaria si impegnano a perseguire nel 2013 in un quadro di Sistema dell'Assistenza Sanitaria da garantire ai Cittadini della provincia di Bergamo:

- garantire un'assistenza sanitaria integrata con gli altri Professionisti della Sanità della provincia di Bergamo ed in concorso con il Settore Socio-Sanitario;
- prevenire e gestire le principali patologie croniche a rilevante impatto per la salute della popolazione, che incidono in modo significativo come prevalenza in provincia di Bergamo ed in Regione Lombardia, con particolare attenzione alle patologie Neoplastiche, CardioCerebroVascolari, Dismetaboliche ed Epatiche;
- dare continuità ai progetti innovativi regionali realizzati negli anni precedenti in concorso con i Medici di Cure Primarie;
- garantire gli obiettivi vincolanti, previsti dalla comunicazione regionale citata in premessa e precisamente:



- la prosecuzione delle iniziative attivate negli anni precedenti sui farmaci equivalenti di cui alla DGR n. 2633/2011 e s.m.i.;
- l'inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con l'ASL, dei farmaci biosimilari attualmente in commercio;
- la promozione dell'uso e della prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi "drug naive" in particolare nell'area della nefrologia, ematologia, endocrinologia e oncologia, con la definizione, d'intesa con l'ASL, di percorsi specifici, individuando anche modalità di verifica degli obiettivi raggiunti;

Inoltre, come strumento di analisi e monitoraggio condiviso gli operatori delle ASL, la Direzione Generale Sanità ha previsto di:

- individuare, per alcune categorie terapeutiche al IV livello ATC che comprendono specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per i quali sono disponibili prodotti equivalenti, un mix ottimale tra i principi attivi individuato sulla base della migliore performance assunta quale benchmark di riferimento, partendo dai dati di ottobre 2012 nelle singole ASL della Regione Lombardia per ciascuna delle categorie terapeutiche selezionate
 - inviare, con periodicità mensile, gli indicatori (percentuale di consumo, in DDD, dei principi attivi a brevetto scaduto rispetto al totale dei consumi di principi attivi dell'intera categoria ATC al IV livello) monitorando, in collaborazione con l'ASL di Bergamo, per quanto riguarda il supporto operativo, lo scostamento delle singole ASL rispetto al benchmark individuato
- impegnare i Medici di Assistenza Primaria – a parità di indicazioni cliniche, efficacia, tollerabilità e garanzia di compliance - a privilegiare la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto in luogo di quelli coperti da brevetto, in particolare appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi) in coerenza con l'utilizzo appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e con il mantenimento dell'equilibrio del Sistema Sanità.

Con il presente atto,

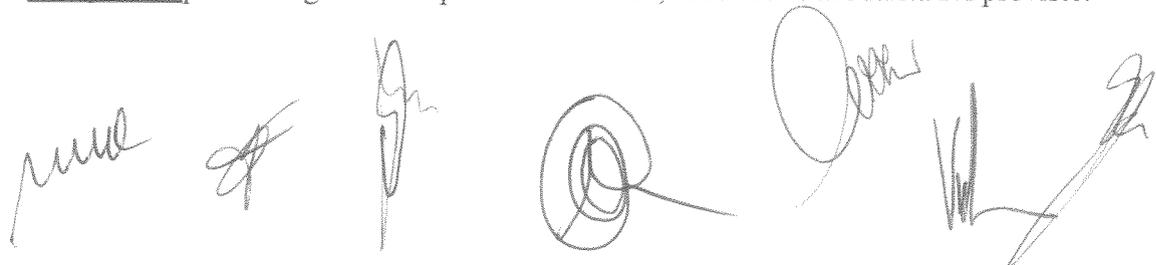
SI CONVIENE

di procedere alla stipula dell'Accordo Aziendale per il Progetto di Governo Clinico per l'anno 2013, in applicazione di quanto previsto da:

- dall'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) 2007 e dai successivi AA.II.RR.;
- le indicazioni derivanti dalla D.G.R. n. IX/4334 del 26/10/2012;

relativamente a:

- Azioni di Miglioramento del Sistema – “Presenza in carico del Paziente cronico”**, i cui contenuti saranno sviluppati secondo quanto previsto dall'Allegato 1, parte integrante del presente Accordo;
- Impegno da parte dei Medici di Assistenza Primaria al progetto “Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di Fragilità”** di cui all'Allegato 2, parte integrante del presente accordo, secondo le modalità ivi previste.



Considerato che i Medici Convenzionati:

- **hanno l'obbligo di aderire al Progetto CRS-SISS**, sancito dall'art.1 della Legge Regionale n. 18 del 31 luglio 2007 che ha introdotto l'obbligatorietà all'adesione e all'utilizzo del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) da parte di tutti gli operatori della Sanità;

- in base al punto 1a) dell'AIR 2013 – ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009 – si sono impegnati a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR;

i dati relativi ai progetti qui contemplati saranno trasmessi tramite gli specifici applicativi messi a disposizione dall'ASL.

I compensi saranno così regolati:

□ **per gli obiettivi previsti all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del presente Accordo, il compenso previsto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN – pari a € 3,08/Assistito/anno - sarà erogato ai MAP aderenti all'Accordo nella misura e nei tempi indicati da Regione Lombardia.**

• **Le adesioni al progetto di governo clinico dovranno pervenire entro il 22 febbraio 2013. Non saranno accettate adesioni successive alla data di scadenza. Non possono aderire all'Accordo Aziendale i Medici con incarico provvisorio.**

• **La “partecipazione” al Progetto di Governo Clinico sarà documentata dall'invio della scheda indicatori relativa al “PDT diabete” per il periodo 1° Gennaio 2013 – 30 giugno 2013 (allegato D1) completa della voce “obbligatoria” ivi prevista (elenco pazienti). L'acconto eventualmente già erogato per l'adesione sarà recuperato in assenza della trasmissione della scheda indicatori All. D1.**

• **La data di rendicontazione per il PDT Diabete è fissata al 18 luglio 2013. Non saranno accettate rendicontazioni successive alla data del 15 settembre 2013.**

• **Il saldo sarà erogato al raggiungimento dei risultati previsti dai seguenti obiettivi:**

- **Progetto “Presenza in carico del Paziente cronico”, di cui all'All.1: rispetto delle condizioni previste per il progetto “Gestione integrata del Paziente con Diabete”. La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo individuale di cui all'Allegato 1 – ai fini dell'attribuzione delle incentivazioni - sarà documentata dalla trasmissione della “scheda indicatori”, per le voci definite come “obbligatorie”, prevista entro il 18/01/2014 (allegato D2). Al fine di garantire l'erogazione del saldo, per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni successive.**

La mancata trasmissione della “scheda indicatori” - allegato D.2 al PDT “Gestione Integrata del Paziente con Diabete” - completa delle voci “obbligatorie” ivi previste comporterà la mancata corresponsione o (qualora già erogata) il recupero della quota erogata a titolo di saldo.

Progetto “Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità”, di cui all'All.2 : rispetto delle condizioni previste dal progetto. La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo individuale – ai fini dell'attribuzione delle incentivazioni – sarà effettuata sul numero di trasmissioni, al Distretto di appartenenza con le modalità atte alla tutela della privacy, dei moduli di “Informativa per il paziente – Dichiarazione di



consenso al trattamento dei dati personali” consenso espresso da tali soggetti al fine dell’inserimento nel progetto - all. B -, (n° “informativa per paziente” valide ai fini del raggiungimento dell’obiettivo = 1). **I pazienti fragili già segnalati al Distretto alla data di stipula del presente Accordo Aziendale non concorrono al raggiungimento dell’obiettivo.**

Qualora il Medico non avesse per il periodo dalla data di adesione al presente Accordo Aziendale al 15/12/2013, alcun paziente “fragile” da segnalare, **sarà Sua cura comunicare per iscritto tale situazione al Distretto entro il 18/01/2014**, tramite l’apposita modulistica (all. C). Sulla base di tale adempimento, si intenderanno comunque assolti gli obblighi del progetto “Sviluppo della Continuità dell’Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità”, ai fini della corresponsione della remunerazione per il Governo Clinico.

Anche per questo obiettivo si conferma che verrà recuperato l’acconto in caso di mancato raggiungimento dell’obiettivo ovvero della mancata trasmissione della comunicazione di cui al paragrafo precedente.

I MEDICI CHE PARTECIPANO ALLA SPERIMENTAZIONE CRcG ASSOLVONO INVECE AGLI ADEMPIMENTI RELATIVI AL PROGETTO “LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DIABETE” CON L’INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI DEI PAZIENTI IN SPERIMENTAZIONE, NELLA MISURA E CON LE MODALITA’ DEFINITE DALL’ASL IN ACCORDO CON IL PROVIDER CRcG.

L’adesione al Governo Clinico (punti A e B) dovrà comunque essere formalmente effettuata.

Qualora un Medico aderente al progetto CREG dovesse ritirarsi dallo stesso dovrà rispettare - in rapporto al periodo di riferimento - gli stessi requisiti previsti per i MAP non partecipanti al CREG.

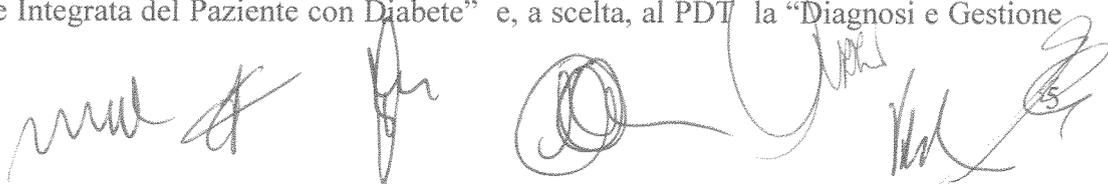
Per i Medici che si inseriranno dopo la scadenza fissata sarà accettata l’adesione entro un mese dall’inserimento e sarà liquidata una quota proporzionale al periodo di Servizio.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale, le quote di cui all’ comma 15 della lett. B) art. 59 dell’ACN 2005 – testo integrato con l’ACN 2009 saranno corrisposte limitatamente ai mesi di effettiva attività e con riferimento al numero di scelte in carico nel mese precedente la cessazione, purché siano stati conferiti i dati previsti dalle due schede indicatori per il periodo di pertinenza.

Qualora al momento della cessazione dell’incarico convenzionale il medico non avesse avuto pazienti fragili da segnalare, **sarà comunque Sua cura comunicare per iscritto tale situazione al Distretto**, tramite l’apposita modulistica (all. C).

Si conviene altresì:

➤ che al fine di ottemperare per il 2013 all’obbligo previsto per le Forme Associative le linee-guida/PDT proposte sono quelle indicate nell’All. 3: i Medici, che percepiscono le indennità per le Forme Associative, devono aderire all’Accordo di Governo Clinico che per il 2013 prevede il progetto “Presenza in carico del Paziente cronico” e il progetto “Sviluppo della Continuità dell’Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità”. Pertanto, dovranno aderire al PDT la “Gestione Integrata del Paziente con Diabete” e, a scelta, al PDT la “Diagnosi e Gestione



dei Pazienti affetti da Epatopatia Cronica” oppure al PDT “Gestione integrata del paziente con Scompenso Cardiaco”.

- sulla prosecuzione del progetto di adesione su base volontaria al Percorso Diagnostico-Terapeutico “Gestione dei pazienti con Epatopatia Cronica” come da **All.4.**;
- sul proseguimento del Progetto “Gestione del Paziente con Scompenso Cardiaco” (**All. 5**) su adesione volontaria;
- sulla formazione obbligatoria per i MAP aderenti al progetto Chronic Related Group (CReG) **all.6**
- ◆ In applicazione alle indicazioni regionali di cui alla nota R.L. prot. n. H1.2009.0038736 del 4 novembre 2009 – “Indicazioni relative all’attuazione dell’AIR 2009-2010” - **la quota parte del fondo aziendale di Governo Clinico eventualmente non distribuita** per il mancato raggiungimento degli obiettivi e/o per la mancata adesione al Governo Clinico da parte di alcuni professionisti sarà utilizzata nell’ambito della Medicina Generale per progetti aggiuntivi che verranno ridiscussi e concordati in sede di Comitato Aziendale.
- ◆ Valutato che quanto sottoscritto è coerente sia con l’Accordo Integrativo Regionale recepito con la D.G.R. n. VIII/004723 del 16/05/2007 e i successi AA.II.RR. sia con gli obiettivi per il 2013 definiti nella D.G.R. n. IX/4334 del 26/10/2012 “Regole di sistema 2013”, si concorda che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia.

Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo, 28 FEB. 2013

PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Giorgio Barboglio

Per l’ASL della Provincia di Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
Dr. ssa Mara Azzi

Per F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
IL SEGRETARIO PROVINCIALE

dott. Guido Marinoni

Per SMI

IL SEGRETARIO PROVINCIALE

Dott. Marcello Brambilla

Per Intesa Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE SIMET

Dott. Giancarlo Testaquadra

Per S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo

IL PRESIDENTE

Dott. Marco Agazzi

**PRESA in CARICO dei PAZIENTI
SECONDO PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDT)**

Progetto “La gestione integrata del paziente con diabete – un modello di assistenza per l’appropriatezza delle cure e dell’utilizzo delle risorse del SSR”

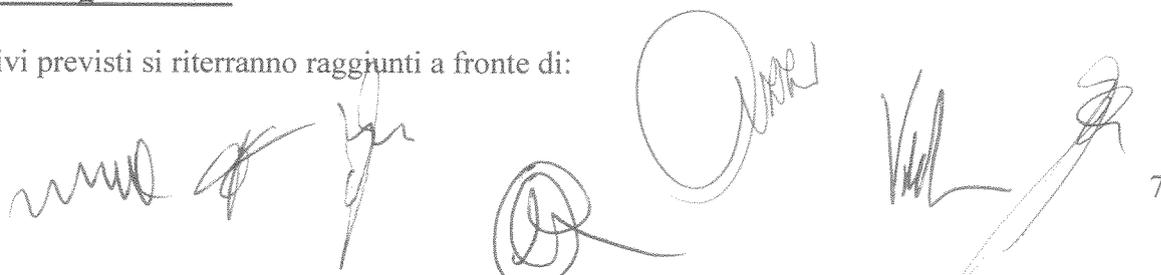
Visti i positivi risultati nei confronti degli Assistiti, nell’utilizzo appropriato delle risorse del SSR e nel riposizionamento delle prestazioni al livello di erogazione appropriato, il progetto viene confermato anche per l’anno 2013 e valorizza le azioni già poste in essere dai MAP della provincia di Bergamo nell’ambito dei progetti di governo clinico degli anni precedenti, che prevedevano la gestione integrata del paziente con diabete secondo il PDT concordato tra MAP e Specialisti diabetologi ([link](#)).

I MAP partecipano al presente progetto effettuando le seguenti attività, compatibilmente con il quadro clinico e la compliance degli assistiti:

1. adesione al PDT “Gestione integrata del Paziente con Diabete”, che si svilupperà secondo la procedura concordata con gli Specialisti di tutte le Strutture Accreditate Pubbliche e Private della provincia di Bergamo - già in uso dal 2007 - così come revisionato nel 2010 e oggetto di ulteriore revisione nel 2013;
2. presa in carico effettiva ed attiva, secondo quanto definito nel PDT, di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che hanno dato il consenso;
3. gestione del Paziente secondo quanto previsto nel PDT “Gestione integrata del Paziente con diabete”;
4. prosecuzione del processo di valorizzazione dell’Infermiere di Studio nella gestione del Paziente con diabete. A tale scopo gli Infermieri di studio dei MAP potranno anche per il 2013 partecipare agli audit clinici con i Medici presso cui prestano la loro attività, che saranno documentati dalla trasmissione all’ASL delle “Schede Indicatori” all. D3A e D3B entro il 18/07/2013 e il 18/01/2014. Tale formazione sarà accreditata ECM/CPD;
5. prevenzione ed educazione del paziente con diabete mediante la consegna del materiale educativo su “autogestione della malattia”, “attività fisica” e “dieta”, previsto dal PDT;
6. attenzione alla prevenzione e diagnosi del diabete gestazionale, mediante lo screening del diabete in gravidanza

Valutazione degli obiettivi

Gli obiettivi previsti si riterranno raggiunti a fronte di:



Handwritten signatures and initials of the MAPs (Medical Assistants) involved in the project, arranged horizontally below the text.

- ❑ presa in carico effettiva ed attiva di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico non complicati segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che condideranno con il MAP la proposta del Diabetologo: sarà valutata la corrispondenza tra il Codice Fiscale del Paziente segnalato dal Diabetologo e quello segnalato dal MAP, previo consenso del Paziente già acquisito o da acquisire per i non esenti, anche ai fini di verificare la compliance dei Pazienti a questa modalità di gestione della loro patologia;
- ❑ al fine di consentire ai MAP un adeguato e attivo monitoraggio dell’adesione dei propri pazienti al percorso di gestione integrata, il Dipartimento Cure Primarie invierà al MAP entro il mese di marzo un tabulato contenente:
 - l’elenco dei pazienti che il MAP considera in gestione integrata, ma non sono considerati tali dal Diabetologo dell’Unità Operativa Diabetologica (UOD) di riferimento;
 - l’elenco dei pazienti considerati in gestione integrata dal Diabetologo dell’UOD di riferimento ma non riconosciuti tali dal MAP;
 - l’elenco dei pazienti riconosciuti in gestione integrata da entrambi i professionisti;
- ❑ in base a tale elenco il MAP potrà verificare se tutti i propri pazienti passati dalle UOD alla gestione integrata sono stati effettivamente da lui presi in carico. In caso di mancato consenso da parte del paziente alla gestione integrata proposta dall’UOD, il MAP proporrà al paziente la possibilità di reinvio all’UOD;
- ❑ se nell’elenco sono presenti nominativi di pazienti segnalati dai MAP in gestione integrata, ma non riconosciuti tali dai Diabetologi, l’impegno richiesto ai MAP consiste nel continuare a seguire tali pazienti secondo le indicazioni del PDT ed il follow up clinico e strumentale ivi descritto;
- ❑ per i pazienti in gestione integrata l’ASL effettuerà tramite la Banca Dati Assistito (BDA) la valutazione della compliance del paziente agli step previsti dal PDT;
- ❑ trasmissione delle “schede indicatori” complete di tutte le voci con l’indicazione di “obbligatorio” ai tempi previsti. Schede non complete e/o consegnate in ritardo non saranno ritenute valide per il raggiungimento degli obiettivi;
- ❑ l’indicatore semestrale “Elenco dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato” deve essere trasmesso via SISS, completo dei campi contenenti i codici fiscali e sanitari degli assistiti in gestione integrata, nonché l’UOD di riferimento e la data d’inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011;
- ❑ trasmissione delle “schede indicatori” esclusivamente tramite SISS mediante l’applicativo predisposto dall’ASL e già in uso.

I periodi di rilevazione dei dati e le relative date di trasmissione all’ASL sono così fissati:

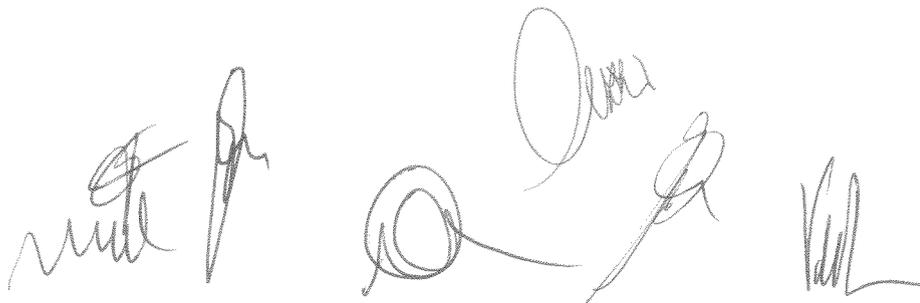
- *1 gennaio 2013 – 30 giugno 2013, con inoltro entro il 18/7/2013 e comunque non oltre il 15/09/2013;*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale, l’UO Diabetologica di riferimento e la data d’inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011) (obbligatorio)” (All. n. D.1);

- *1 luglio 2013 – 31 dicembre 2013, con inoltro entro il 18 gennaio 2014. Per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni oltre il termine previsto:*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale, l’UO Diabetologia di riferimento, la data d’inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011) (obbligatorio)” (All. n. D.2);

trasmissione annuale degli indicatori “obbligatori” della scheda indicatori di cui all’All. D.2

The image shows four distinct handwritten signatures in black ink, arranged horizontally across the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in complexity, with some featuring loops and flourishes.

Progetto “Sviluppo della Continuità dell’Assistenza a favore dei soggetti in condizione di Fragilità”

Obiettivi

Scopo del presente progetto è la realizzazione di una maggiore integrazione del Servizio di Continuità Assistenziale con il sistema di Cure Primarie e con la popolazione del territorio afferente alla postazione del Servizio, con particolare riferimento all’assistenza di soggetti anziani e di pazienti in condizioni di fragilità.

Un percorso di graduale integrazione può contribuire a modificare l’attuale condizione di “isolamento professionale” in cui si trovano ad operare i Medici Continuità Assistenziale (MCA), che devono rispondere a richieste di prestazioni indifferibili di soggetti di cui non conoscono il trascorso clinico ed i bisogni assistenziali. Se questa situazione non è ideale per la gestione dei pazienti in generale, essa risulta tanto più impegnativa quando si tratti di pazienti fragili.

Obiettivi specifici:

- implementare l’integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale con il Sistema delle Cure Primarie
- garantire una continuità della cura non solo temporale, ma anche metodologica
- aumentare il grado di integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale con la popolazione del territorio afferente alla postazione del Servizio
- individuare eventuali situazioni di disagio o di difficoltà sociale e/o clinico-assistenziale
- intercettare richieste di aiuto da parte dei pazienti fragili con difficoltà comunicative e di relazione
- incrementare il numero delle visite domiciliari da parte dei Medici di Continuità Assistenziale
- evitare ricoveri ospedalieri inappropriati
- effettuare un’azione di prevenzione secondaria e creare una rete di supporto favorendo il riconoscimento da parte del MAP di situazioni clinico-assistenziali misconosciute o critiche
- aumentare il grado di soddisfazione dell’utenza nei confronti del Servizio di Continuità Assistenziale.

Il MAP aderente al progetto deve:

- predisporre per ciascuno degli assistiti segnalati una scheda sanitaria contenente le informazioni utili alla gestione del paziente (**allegato A**), da lasciare a casa dell’assistito;
- raccogliere il consenso dei pazienti per la trasmissione all’ASL ed ai MCA dei propri dati personali al fine dell’inserimento nel progetto (**allegato B**);
- trasmettere il modulo di consenso (**allegato B**) espresso da tali pazienti al Distretto di afferenza - ad operatore designato dal Direttore di Distretto - con modalità atte alla tutela della privacy;
- in caso di MAP aderenti al CReG, compatibilmente con l’evoluzione del progetto, rilasciare all’assistito “fragile” arruolato nella sperimentazione la scheda con il piano di cura

personalizzato che sarà dal paziente esibito al MCA in caso di visita domiciliare/ambulatoriale e rendere disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ai pazienti che abbiano espresso il consenso richiesto dal Sistema CRS-SISS i piani di cura per i pazienti ambulatoriali.

Potrà segnalare esclusivamente i pazienti che abbiano espresso il loro consenso.

Il Direttore di Distretto o suo delegato consegnerà al MCA referente per postazione l'elenco dei nominativi dei pazienti segnalati e provvederà ad aggiornarlo a seguito di nuove segnalazioni .

Qualora il paziente “fragile” segnalato fruisca di un piano di Assistenza Domiciliare Integrata che preveda anche accessi del MAP nei giorni di sabato – domenica – festivi infrasettimanali, che non possano essere da questo effettuati, ciò potrà essere opportunamente segnalato dal MAP al Distretto, per l'assegnazione al MCA referente; ovvero potrà segnalarlo direttamente allo stesso MCA referente.



Linee Guida per le Forme Associative

Al fine di ottemperare all'obbligo previsto per le Forme Associative di aderire a due linee-guida/PDT;

Ricordato che i Medici, che percepiscono le indennità per le Forme Associative, devono aderire all'Accordo di Governo Clinico che per il 2013 prevede il progetto "Presenza in carico del Paziente cronico" e il progetto "Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità";

I Medici che percepiscono le indennità per le Forme Associative dovranno aderire al PDT la "Gestione Integrata del Paziente con Diabete" e, a scelta, al PDT la "Diagnosi e Gestione dei Pazienti affetti da Epatopatia Cronica" oppure al PDT "Gestione integrata del paziente con Scompensazione Cardiaca".

Nella scheda di adesione all'Accordo Aziendale il Medico indicherà a quale PDT intende aderire.

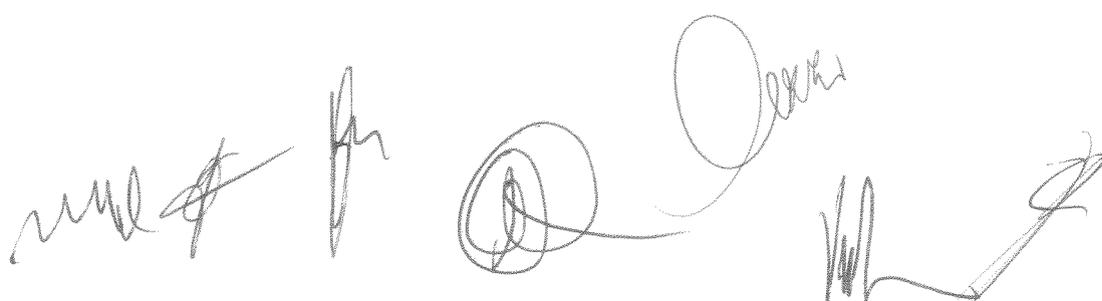
MAP aderenti al Progetto CReG che sono in Forma Associativa:

Per quanto riguarda gli indicatori del progetto "Presenza in carico del Paziente cronico", la Cooperativa IML SpA trasmetterà all'ASL gli indicatori per ciascun MAP aderente al Progetto CReG. Pertanto, i MAP non devono conferire altri indicatori per questo PDT.

Per la seconda Linea Guida, la cui adesione è obbligatoria ai fini dell'A.C.N., ciascun MAP aderente al progetto CreG dovrà conferire gli indicatori relativi ad un PDT, scegliendone uno tra:

- il PDT "Diagnosi e gestione dei pazienti affetti da Epatopatia Cronica";
- il PDT "Gestione integrata del paziente con Scompensazione Cardiaca".

Qualora un Medico associato aderente al progetto CREG dovesse ritirarsi dallo stesso dovrà rispettare gli stessi requisiti previsti per le Forme Associative dei Medici non aderenti al CReG.

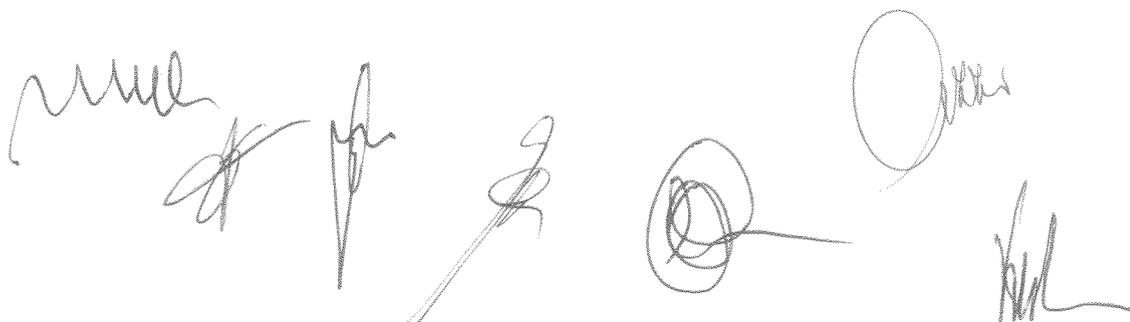


Percorso Diagnostico-Terapeutico “Gestione dei pazienti con Epatopatia Cronica”

Prosegue l’adesione al PDT “Gestione del Paziente con Epatopatia Cronica” consultabile sul Portale ASL all’indirizzo

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855ed52c1256bc00052adfa/03ca801343f7ae72c1257ac300338405?OpenDocument

Prevede che i Medici adottino tale PDT per tutti i loro assistiti con sospetto di Epatopatia ed inviino la “scheda indicatori” (**all. E**) prevista dal PDT - tramite lo specifico applicativo già in uso - entro il 18 gennaio 2014.

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a signature that appears to be 'Mull', followed by a signature that looks like 'P...', then a signature that looks like 'E...', then a signature that looks like 'O...', then a signature that looks like 'O...', and finally a signature that looks like 'K...'. The signatures are scattered across the bottom of the page.

Progetto “Gestione del Paziente con Scoppio Cardiaco”

Premesso che:

- nel 2012 i Tavoli Tecnici Interaziendali costituiti da Referenti della Medicina Generale e dagli Specialisti Cardiologi della Provincia hanno aggiornato il Percorso Diagnostico Terapeutico per la “Gestione del Paziente con Scoppio Cardiaco”;
- tale PDT è stato approvato dall’ASL con delibera n. 859 in data 19/07/2012;

nell’ambito delle azioni di miglioramento della Qualità delle Cure Primarie si propone a tutti i Medici di Assistenza Primaria l’adesione a tale PDT consultabile sul portale dell’ASL all’indirizzo

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855ed52c1256bc00052adfa/73810eadfacbd9bc1257ac2004cab95?OpenDocument,

con la raccolta dei dati riferiti a tutti i pazienti scompensati assistiti dal MAP (indipendentemente da chi siano seguiti) e l’invio della “Scheda Indicatori” prevista (Appendice IV al PDT).

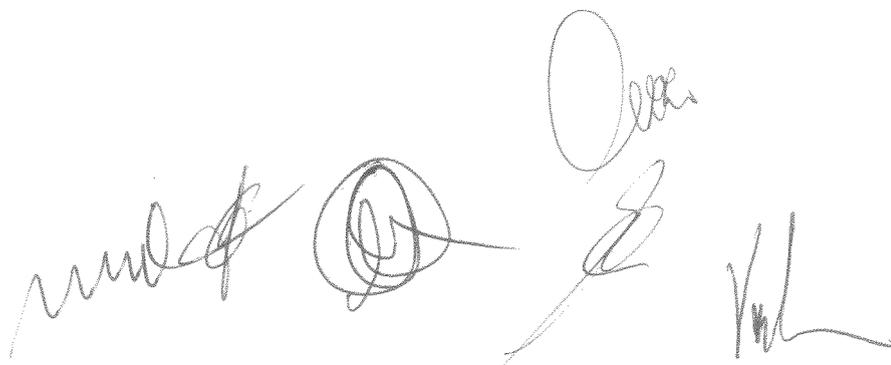
L’adesione è aperta a tutti i MAP, anche a quelli che non hanno aderito nel 2012.

I partecipanti dovranno inviare la scheda indicatori 3 volte/anno con i dati:

- Rilevazione al T1 (tempo uno): entro il 30 aprile 2013
- Rilevazione al T2 (tempo due): entro il 30 settembre 2013
- Rilevazione al T3 (tempo tre): entro il 31 dicembre 2013

I MAP aderenti al PDT riceveranno un feed-back sugli indicatori globali del gruppo di aderenti al progetto e, eventualmente, del loro andamento nel tempo (progetto di almeno due anni: basale, 1 e 2 anni).

La partecipazione al progetto è accreditata come Formazione sul Campo – Ricerca - e attribuisce 20 crediti formativi ECM/CPD.



**FORMAZIONE OBBLIGATORIA
per i MAP aderenti al PROGETTO Chronic Related Group (CReG)**

I Medici di Assistenza Primaria che hanno aderito, e quindi hanno firmato il contratto per il Progetto CREG, per quanto riguarda la formazione dell'anno 2013:

- **devono partecipare agli Audit Clinici del Progetto CREG organizzati sia dalla Cooperativa IML sia dall'ASL di Bergamo.** E', quindi, necessario che ogni MAP partecipi a: 1 incontro ASL su: Diabete, BPCO + 1 incontro ASL su: Ipertensione, Scompenso Cardiaco + gli Audit clinici organizzati da IML.
Si fa presente che gli incontri ASL permetteranno di ottenere 20 crediti formativi.
- Inoltre, contrariamente a quanto indicato nel calendario formativo trasmesso con nota del 30/1/2013 prot.U0014414/III.9, **devono partecipare ad un incontro in aula sul tema: "Aggiornamento delle Linee di indirizzo nella diagnosi-gestione delle EPATITI CRONICHE e delle principali PATOLOGIE GASTRICHE per il Medico di Assistenza Primaria"** che verrà svolto nel 2° semestre 2013, anziché agli incontri sul: "Sistema dei trapianti e medicina della donazione".

The image shows several handwritten signatures in black ink, scattered across the bottom of the page. There are approximately five distinct signatures, some appearing to be initials or full names in cursive script.

 Regione Lombardia	ASL della Provincia di BERGAMO
ASL Bergamo	Progetto Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei "soggetti in condizione di Fragilità" – Accordo Aziendale 2013 Scheda "Sintesi clinico-assistenziale" del Medico di Assistenza Primaria da lasciare a casa dell'assistito

IL/LA SIGNORE/A

E' AFFETTO/A DA:

CONDIZIONI CLINICHE:

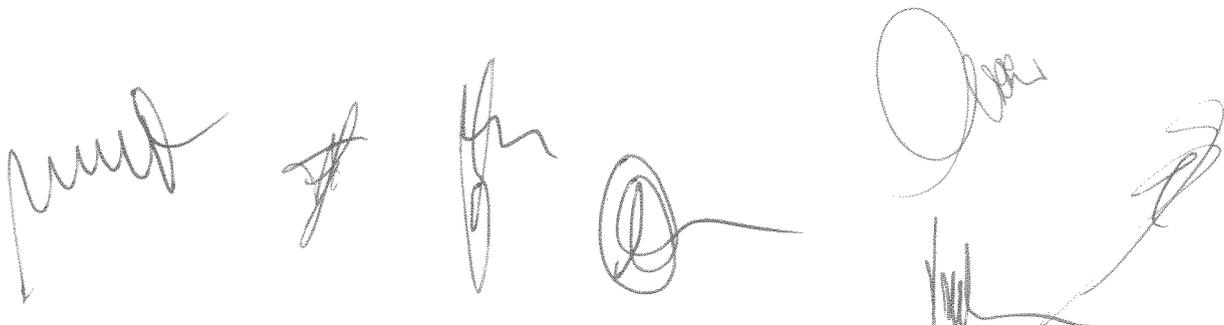
TERAPIE IN CORSO:

ADI: SI NO

ALTRO:

DATA

**IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
FIRMA E TIMBRO**



 Regione Lombardia ASL Bergamo	ASL della Provincia di BERGAMO
Progetto Sviluppo della Continuità dell'Assistenziale a favore dei "soggetti in condizione di Fragilità" – Accordo Aziendale 2013 Informativa per il paziente Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DL.G.VO n° 196 DEL 30 GIUGNO 2003	

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

IL/LA SIGNOR/A

CODICE FISCALE..... TEL.

ABITANTE IN VIA..... COMUNE

MEDICO DI FAMIGLIA: Dott. Cod reg.

IL/LA sottoscritto/a

Preso atto che:

- l'ASL della provincia di Bergamo in accordo con le OOSS dei Medici Cure Primarie ha dato avvio ad un progetto che favorisce l'integrazione tra i Medici di Assistenza Primaria (MAP) ed Medici del Servizio di Continuità Assistenziale (MCA) per ridurre il disagio dei soggetti "fragili", anche temporaneamente, soprattutto se anziani nei giorni di sabato, domenica e festivi infrasettimanali;
- il MCA, oltre a garantire le prestazioni ordinariamente di competenza del Servizio di Continuità Assistenziale per i Pazienti in carico ai MAP/Pediatri e per tutti i Cittadini residenti o domiciliati o in temporaneo soggiorno che si trovano nel territorio di competenza della postazione, esegue per i soggetti fragili - anche temporaneamente - preventivamente segnalati dal Loro Medico curante al Distretto la prestazione su richiesta dell'Assistito, tenendo conto delle informazioni sanitarie forniteli dallo stesso Medico Curante ed esibite dall'Assistito;
- il MCA garantirà, altresì, in caso di impossibilità da parte del Medico di Assistenza Primaria, gli accessi ADI qualora il Paziente segnalato fruisca di un piano di Assistenza Domiciliare.

Premesso che la scheda di segnalazione contenente i dati sanitari e personali dell'assistito sarà trattata dal Medico di Medicina Generale, dal Medico di Distretto e dai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale con le modalità richieste per la tutela dei dati sensibili dalla normativa sulla privacy. In particolare, i sanitari che seguiranno il suo percorso assistenziale sia occasionalmente che durevolmente, sono autorizzati come da suo esplicito consenso a conoscere la sua storia clinica e le sue condizioni sanitarie al fine di poterle garantire l'assistenza. La dobbiamo informare del fatto che l'assenza di consenso impedisce all'ASL di inserirla in questo specifico progetto. La informiamo del fatto che tutti gli operatori sono legati al segreto professionale secondo le norme di legge e di deontologia dei singoli ordini.

Autorizzo:

- ▶ il mio medico curante – Dott..... - a trasmettere al Medico del Distretto il mio nominativo;
- ▶ il Medico del Distretto ed i MCA a cui, a giusto titolo, i miei dati personali vengono trasmessi a prenderne visione secondo le regole che sono state sopra illustrate.

Non autorizzo:

- ▶ il mio medico curante – Dott..... - a trasmettere al Medico del Distretto il mio nominativo;
- ▶ il Medico del Distretto ed i MCA a cui, a giusto titolo, i miei dati personali vengono trasmessi a prenderne visione. Sono stata informata del fatto che questa mia scelta non mi permetterà di godere del Servizio che mi è stato illustrato.

Data:

N.B. da trasmettere al Distretto unitamente all'elenco dei pazienti fragili

Firma



**Progetto per lo “Sviluppo della continuità dell’assistenza a favore di Soggetti
“Fragili”**

Obiettivo di Governo Clinico per l’anno 2013 di cui Accordo Aziendale siglato in data

Il/La sottoscritto/a _____ cod.reg. _____

Medico di Assistenza Primaria nell’ambito territoriale di _____

affidente al Distretto di _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che per il periodo dalla data di adesione al progetto in oggetto (rilevabile dalla scheda di adesione all’Accordo Aziendale 2013) al 15/12/2013 non ha avuto alcun paziente in condizioni di fragilità - come previsto dal progetto – da segnalare al Distretto di affidenza.

...../.....
In fede

Timbro e firma del medico

N.B. il presente modello deve essere consegnato al Distretto di affidenza **inderogabilmente entro il 18 gennaio 2014.**



**INDICATORI VALIDI per il 2013
(da compilare e trasmettere entro il 18/7/2013)**

DISTRETTO DI..... ASL PROVINCIA DI BERGAMO

INDICATORI DI QUALITA' PER LA MEDICINA GENERALE
DATI RIFERITI AI PAZIENTI IN CARICO
Validi per i MAP che partecipano al Progetto di Governo Clinico

**Percorso Diagnostico-Terapeutico- Assistenziale
per la Gestione Integrata del Paziente con Diabete**

INDICATORI:
periodo di riferimento della rilevazione: dall'1/01/2013 al 30/06/2013:

Elenco dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato
(indicare il Codice Fiscale e Regionale* , l'UO Diabetologia di riferimento e la data d'inizio per i pazienti posti in gestione integrata a decorrere dal 2011) **(obbligatorio)**

Il Medico Singolo
Timbro

Firma

.....

Data.....

(*) Per i pazienti non esenti si dovrà acquisire il Consenso Informato e la Dichiarazione al trattamento dei dati personali

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There are approximately six distinct marks, including a large circular signature on the right, a signature with a long horizontal stroke, and several smaller, more scribbled signatures on the left and bottom center.

**INDICATORI VALIDI per il 2013
(da compilare e trasmettere entro il 18/01/2014)**

DISTRETTO DI..... ASL PROVINCIA DI BERGAMO

**INDICATORI DI QUALITA' PER LA MEDICINA GENERALE
DATI RIFERITI AI PAZIENTI IN CARICO
Validi per i MAP che partecipano al Progetto di Governo Clinico**

**Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
per la Gestione Integrata del Paziente con Diabete**

INDICATORI:

A. periodo di riferimento della rilevazione: dall'1/07/2013 al 31/12/2013:

Elenco dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale*, l'UO Diabetologia di riferimento e la data d'inizio per i pazienti posti in gestione integrata a decorrere dal 2011) **(obbligatorio)**

B. periodo di riferimento della rilevazione: dall'1/01/2013 al 31/12/2013:

1. n° pazienti diabetici di tipo 2 in cura esclusivamente presso il MAP nel periodo di riferimento **(obbligatorio)** = n°
2. n° pazienti diabetici di tipo 1 di nuova diagnosi diagnosticati dal MAP nel periodo di riferimento **(obbligatorio)** = n°
3. n° pazienti diabetici di tipo 2 di nuova diagnosi diagnosticati dal MAP nel periodo di riferimento **(obbligatorio)** = n°
4. n° pazienti diabetici in carico al MAP con valore di emoglobina glicata ≤ 7 (oppure ≤ 53 mmol/mol) in almeno 1 delle 2 determinazioni previste dal PDTA nel periodo di riferimento **(obbligatorio)** = n°
5. n° pazienti diabetici con pressione arteriosa $\leq 130/80$ in almeno 1 delle 2 determinazioni previste dal PDTA nel periodo di riferimento **(obbligatorio)** = n°
6. n° pazienti diabetici con 2 o > di 2 rilevazioni di BMI/aa previste dal PDTA effettuate dal MAP nel periodo di riferimento **(facoltativo)** = n°
7. n° pazienti diabetici con valore LDL < 100 in almeno una determinazione prevista dal PDTA nel periodo di riferimento **(facoltativo)** = n°
8. n° pazienti diabetici che hanno smesso di fumare su pazienti diabetici fumatori in carico al MAP nel periodo di riferimento **(facoltativo)** = n°

Il Medico Singolo
Timbro

Firma

Data.....

(*) Per i pazienti non esenti si dovrà acquisire il Consenso Informato e la Dichiarazione al trattamento dei dati personali

The bottom of the page contains several handwritten signatures in black ink. To the right, there is a circular stamp or seal, partially obscured by a signature. The signatures appear to be those of the medical staff involved in the data collection process.