

AZIENDA U.S.L FERRARA

**ACCORDO AZIENDALE**

**tra**

**AZIENDA USL DI FERRARA**  
**e**  
**MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**2004-2006**

## INDICE

1. Riferimenti Legislativi	Pag. 3
2. Premessa	Pag. 3
3. Obiettivi	Pag. 4
4. Elaborazione, Attuazione e Verifica dei Progetti Assistenziali (PA)	Pag. 5
4.A Coinvolgimento del Comitato Aziendale (CA)	Pag. 6
4.B Istituzione – coinvolgimento dei Tavoli Tecnici (TT)	Pag. 7
4.C Coinvolgimento del 2° e 3° Livello Assistenziale	Pag. 7
4.D Formazione degli Operatori	Pag. 8
5. Progetti Organizzativi	Pag. 9
5.A Coinvolgimento e potenziamento del Nucleo di Cure Primarie (NCP)	Pag. 9
5.B Implementazione di Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP)	Pag. 13
6. Progetti Assistenziali (PA)	Pag. 14
6.A PA Ipertensione	Pag. 14
6.B PA Diabete	Pag. 17
6.C PA ADI	Pag. 19
6.D Progetto Vaccinazioni	Pag. 23
6.E Altri Progetti e Obiettivi	Pag. 25
7. Risorse e Sistema Incentivante	Pag. 26
8. Norme Finali	Pag. 27

Il presente Accordo deriva dall'intesa generale siglata il 16 marzo 2004 tra la Direzione Generale Azienda USL Ferrara e lo SNAMI.

L'Intesa preaccordo (che si allega come parte integrante) riporta oltre agli obiettivi generali, le indicazioni per la metodologia incentivante nonché gli impegni finanziari dell'Azienda validi per l'anno 2004, che potranno essere annualmente ridefiniti in base ai risultati conseguiti.

Relativamente al capitolo progetto vaccinazioni l'Azienda USL impegna per il 2004 un'ulteriore finanziamento di euro 70.000.

## 1. RIFERIMENTI LEGISLATIVI

L'Azienda USL della provincia di Ferrara e le Organizzazioni Sindacali di categoria valutato quanto stabilito nel:

- D.P.R. 270/00 ad oggetto “ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale” ed in particolare il capo VI di tale D.P.R. che disciplina gli Accordi Regionali in base al quale sono definite le attività dei Medici di Medicina Generale: in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'art. 31, in forma associata, per il rispetto dei livelli di spesa programmati;
- Accordo Regionale Attuativo del Capo VI del DPR 484/96: art. 9, art.70, art. 71 e art. 72;
- D.L. 229/99 ad oggetto : ”Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell' art. 1 della Legge 30/11/98 n. 419” il quale, all' art. 8, fissa i principi in base ai quali sarà definita la nuova convenzione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta, fra cui la struttura del compenso che comprende un quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati;
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che stabilisce che il SSN assicuri livelli di assistenza uniformi su tutto il territorio e all'intera collettività dei cittadini;
- Piano Sanitario Regionale 1999-2001, il quale prevede l'integrazione della Medicina Generale nelle attività distrettuali collocando al centro delle Cure Primarie gli stessi professionisti dell'area;
- Delibera Giunta Regionale 309 del 2000;
- Accordo Aziendale fra Azienda USL di Ferrara e MMG 2001/2003, il quale prevedeva il suo rinnovo;
- Piano di Riordino delle Funzioni Sanitarie dell'Azienda USL di Ferrara, che definisce la riorganizzazione dei Servizi Sanitari;

definiscono e concordano quanto segue :

## 2. PREMESSA

Il Piano Sanitario Regionale 1999/2001 pone, tra le aree prioritarie di intervento, lo sviluppo dei servizi sanitari territoriali.

Il presente Accordo, anche in coerenza con i principi ispiratori del precedente 2001/2003, intende perseguire la piena attuazione del modello organizzativo del Distretto, così come previsto dalle linee guida regionali (DGR 309/2000), al fine di assicurare alla popolazione residente una assistenza sempre più qualificata, che risponda ai bisogni di salute individuali attraverso:

- un miglioramento nell'offerta delle Cure Primarie a favore di tutti gli assistiti con l'adozione di Progetti Assistenziali condivisi, nel pieno rispetto del rapporto di fiducia tra paziente e MMG e della piena autonomia decisionale di quest'ultimo;
- la valorizzazione del ruolo del MMG nelle cure primarie ed in particolare la sua funzione nell'orientare la domanda sanitaria, assicurando l'appropriatezza nell'uso delle risorse messe a disposizione dall'Azienda;
- il consolidamento dell'organizzazione dei NCP di cui si definiranno le aree di responsabilità e le attività.

L'Azienda ed i Sindacati Medici (OO.SS.) concordano sulla valorizzazione e responsabilizzazione del ruolo del MMG quale principale referente della salute del proprio assistito e del nucleo familiare.

Tale ruolo sarà valorizzato, nel presente Accordo, attraverso la formulazione, l'attuazione e la valutazione di Progetti Assistenziali (PA), che tengano conto della qualità, dell'appropriatezza, del rapporto costo/benefici e della limitatezza delle risorse disponibili ed attraverso un contesto organizzativo facilitante.

La individuazione degli obiettivi e delle relative azioni è finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza ed all'uso razionale delle risorse disponibile, anche nella prospettiva di una definizione dei livelli programmati di spesa con riferimento al contesto provinciale e regionale.

Il presente accordo si integra col piano delle attività del Dipartimento delle Cure Primarie (DPC) e sarà coerente con gli obiettivi degli Accordi con la Continuità Assistenziale, anch'essa parte integrante del DCP e complementare ai piani di attività dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali.

**L'Accordo avrà validità triennale a partire dal 1 aprile 2004.**

Sarà rinnovato tacitamente, salvo disdetta sei mesi prima di una delle Parti, con la possibilità però di adeguamenti normativi ed economici dei Progetti già concordati e con la possibilità di implementazione di nuovi Progetti.

L'adesione dei MMG a tale Accordo è volontaria, con adesione obbligatoria a quanto previsto dall'ACN, in particolare dall'articolo 8 (Formazione obbligatoria) e dall'articolo 15 e 31 (adesione agli NCP e Vaccinazioni). E' comunque obbligatoria per tutti i medici facenti parte delle Forme di Associazionismo (articolo 40).

**Entro 60 giorni dalla firma tra le Parti , i MMG che non intendono aderire all'Accordo,lo dovranno comunicare per iscritto ; una eventuale successiva adesione potrà essere comunicata entro il 31 dicembre di ogni anno i cui effetti avranno valore per l'anno successivo.**

### **3. OBIETTIVI**

Con tale Accordo si vuole sviluppare la politica per la salute dei cittadini attraverso l'individuazione dei bisogni di salute e la elaborazione, l'attuazione e la verifica di Progetti Assistenziali (PA), che migliorino la qualità e l'appropriatezza nelle cure primarie, proseguendo

nell'azione di riduzione del rischio cardiovascolare ed estendendo la propria azione anche all'assistenza domiciliare ed alla vaccinazione antinfluenzale.

Nella formulazione di ogni PA si farà una ricerca sistematica della riduzione degli sprechi attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della farmaceutica, della diagnostica e dei ricoveri ospedalieri, mediante l'adozione della medicina basata sulle evidenze ed un sistema di valutazione di qualità e di appropriatezza delle attività programmate, facendo uso di un sistema informativo composto da report condivisi.

A tale scopo si procederà al consolidamento dell'organizzazione territoriale dei NCP, nel nuovo contesto organizzativo dei Dipartimenti di Cure Primarie (DPC), con MMG accanto a PLS e MCA, per attuare i PA attraverso percorsi di integrazione operativa con gli altri Operatori Sanitari (Infermieri Professionali, Specialisti Territoriali ed Ospedalieri, Riabilitatori, Ostetriche, Farmacisti) e del Sociale.

#### **4. ELABORAZIONE, ATTUAZIONE E VERIFICA DEI PROGETTI ASSISTENZIALI (PA)**

I PA comprendono dei Protocolli Clinici e dei Protocolli Operativi, definiti e periodicamente aggiornati dai Tavoli Tecnici (TT), al fine di calare in ogni singola realtà territoriale le Linee Guida accreditate relative ad ogni PA e per assicurare livelli uniformi di assistenza sul territorio provinciale, per conseguire gli obiettivi di cui al punto 3 .

In particolare, dall'avvio dei PA si attende un innalzamento della qualità dell'assistenza ed un miglioramento dell'appropriatezza delle cure, nonché una migliore conoscenza del "fabbisogno" sanitario, soprattutto di primo livello, secondo il quadro epidemiologico locale, anche nell'ottica di una futura definizione dei Livelli di Spesa Programmati.

Le indicazioni per la formulazione di un nuovo PA dovranno pervenire al Comitato Aziendale (CA), il quale inoltrerà la richiesta alla Direzione Aziendale che, di concerto con il CA, attiverà un Tavolo Tecnico che procederà alla stesura del PA il quale, dopo approvazione del CA, seguirà uno sviluppo formativo e organizzativo di cui è responsabile il DCP attraverso i NCP.

I PA rientrano nel programma di formazione stabilito dal Tavolo Tecnico della Formazione Continua; la partecipazione ai corsi è obbligatoria per tutti i MMG, ai sensi di quanto disposto dall'ACN; è auspicabile la partecipazione degli altri Operatori coinvolti nel Progetto Assistenziale (PA).

Per ogni PA saranno inoltre istituiti corsi di formazione e di aggiornamento a favore dei NCP, rientranti nell'ambito della formazione obbligatoria, al fine di fornire le conoscenze clinico-terapeutiche ed organizzative e le loro successive evoluzioni.

L'attuazione dei PA è uno degli obiettivi del Dipartimento delle Cure Primarie (DPC) che con la produzione di prestazioni/servizi ed il governo clinico deve valutare e migliorare la produzione stessa specie attraverso la sua Unità Operativa dei NCP che ha invece come obiettivi il miglioramento continuo del processo assistenziale; le parti concordano in una riorganizzazione dei NCP e delle Associazioni Mediche (AM) e del loro Coordinatore al fine di raggiungere gli obiettivi concordati.

Le Parti concordano che quadrimestralmente, il Comitato Aziendale proceda a puntuali verifiche circa lo stato di attuazione del presente Accordo, valutando:

- l'attivazione ed il livello di produzione dei TT (PA);
- i reports del Coordinatore del NCP circa il grado di diffusione e adesione ai PA, secondo indicatori prodotti dai TT e approvati dal CA;
- i reports forniti dalla Direzione Aziendale con l'analisi dei dati forniti dalla Regione e dall'Azienda inerenti l'utilizzo di farmaceutica, diagnostica, specialistica e ricoveri;

Inoltre i Coordinatori dei NCP organizzeranno, in piena autonomia, incontri di NCP ogni 4 mesi al fine di condurre un **audit** che permetta di fare l'analisi ed il monitoraggio del processo organizzativo, diagnostico e terapeutico di ogni Progetto Assistenziale (PA), volto all'ottimizzazione e razionalizzazione del PA stesso; i Coordinatori dei NCP relazioneranno (criticità e proposte) al Responsabile dell'UO dei Nuclei di Cure Primarie e questi alla Direzione del DCP.

Gli indicatori verranno descritti nei capitoli dei singoli PA.

Sono individuati come PA prioritari quelli relativi a:

- Fattori del rischio e malattie cardiovascolari con l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, il fumo e l'obesità,
- Diabete,
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI),
- Vaccinazioni,
- Artroreumopatie,
- altri PA, compresi quelli proposti di volta in volta dalla Direzione Aziendale, che saranno valutati dal CA ed eventualmente inseriti in questo Accordo previa contrattazione delle parti.

#### **4.A COINVOLGIMENTO DEL COMITATO AZIENDALE (CA)**

Il Comitato Aziendale rappresenta un organismo, composto dalle OOSS e dall'Azienda USL, che sovrintende e presidia la corretta realizzazione del presente Accordo, oltre ai compiti previsti dall'ACN.

La composizione del Comitato Aziendale è già stata definita dal precedente Accordo in base alle indicazioni regionali, ne fanno comunque parte: Rappresentanti dell'AUSL e Rappresentanti dei MMG, questi ultimi indicati dalle OOSS, come previsto dall'ACN.

Le parti stabiliscono che tale organismo oltre a presidiare la corretta realizzazione del presente Accordo per il raggiungimento degli obiettivi, ha anche la possibilità di promuovere iniziative correttive od aggiuntive rispetto a quanto inizialmente prefissato, secondo le modalità previste al precedente paragrafo 3.A, e provvede inoltre alla validazione dei risultati raggiunti per ogni PA.

Il Comitato Aziendale si riunirà con una periodicità almeno bimestrale.

Le funzioni di segretario saranno svolte da un Funzionario dell'AUSL.

#### **4.B ISTITUZIONE-COINVOLGIMENTO DEI TAVOLI TECNICI (TT)**

I TT sono gruppi di lavoro tecnici consultivi della Direzione Aziendale e del Comitato Aziendale; sono attivati dalla Direzione Aziendale, sentito il parere del Comitato Aziendale ; hanno il compito di definire e mantenere aggiornati i PA, tenuto conto di Linee Guida (LG), coerenti con la letteratura scientifica e secondo i principi del disease management, cioè con l'obiettivo di assicurare livelli uniformi di assistenza sul territorio provinciale ( quindi con il coinvolgimento di entrambe le Aziende sanitarie ), relativamente ad un determinato problema clinico sia per quanto concerne la qualità che l'appropriatezza delle prestazioni.

Nella stesura dei PA il TT deve analizzare i dati clinici, economici e sulla qualità di vita e creare un iter diagnostico-terapeutico-assistenziale che ottimizzi i risultati clinici, la qualità dei servizi offerti ed i costi.

A tal fine ci si potrà avvalere della collaborazione dei seguenti TT di nuova istituzione:

- a. Commissione per il controllo della prescrizione farmaceutica, a cui verranno attribuite competenze di farmacoeconomia;
- b. TT per la Reportistica della Farmaceutica, della Diagnostica e dei Ricoveri, per definire schede analitiche condivise ed in particolare per lo studio della mobilità passiva della diagnostica e dei ricoveri.

Il TT è coordinato da un funzionario delegato dalla Direzione Aziendale ed è composto da rappresentanti dei vari servizi coinvolti nel PA.

I TT già attivi, che le parti concordano di riconfermare, sono:

- a. TT dell'ADI coincidente con la Commissione Professionale per l'assistenza Domiciliare (CPD);
- b. TT del Diabete;
- c. TT dell'Ipertensione, che verrà trasformato in TT del Rischio e Malattie Cardiovascolari;
- d. TT per la Formazione.

Entro 30 giorni dall'avvio del presente Accordo saranno attivati il TT sulle Artroreumopatie, mentre il TT dell'Ipertensione verrà allargato al Rischio Malattie Cardio-Vascolari con il coinvolgimento di nuove professionalità relativamente alle Dislipidemie e successivamente anche per il Fumo e l'Obesità; saranno attivati altri TT ogni qualvolta sia necessario, sentito il CA.

#### **4.C COINVOLGIMENTO DEL 2° E 3° LIVELLO ASSISTENZIALE**

L'Azienda USL si impegna, tramite le Direzioni Sanitarie, a coinvolgere il 2° e 3° livello assistenziale eventualmente previsto nell'ambito di ogni PA al fine di elevare la qualità della rete assistenziale migliorandone l'organizzazione e l'uso condiviso delle risorse disponibili.

L'Azienda USL inoltre si impegna, con le OO.SS., a contrastare ogni iniziativa tendente ad aggravare il carico burocratico del Medico, nonché ad indebolirne il rapporto con il paziente.

Si conviene di considerare, fra gli obiettivi prioritari, quello di migliorare l'accesso ai servizi da parte del cittadino, alleggerendo contestualmente i MMG rispetto a carichi di lavoro impropri.

Pertanto 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.

Qualora si renda necessaria l'Az. USL richiederà la partecipazione del livello specialistico negli incontri di audit di NCP .

#### **4. D FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

La formazione per il MMG e il MCA è obiettivo prioritario per l'Azienda USL Ferrara.

Per la programmazione, la organizzazione e la realizzazione annuale dei progetti formativi ai sensi di quanto disposto dai relativi articoli del DPR 270/00 e da quanto previsto per l'ECM, di cui l'Azienda è " provider ", si istituisce un Tavolo Tecnico per la Formazione.

Il TT per la Formazione, su delega del CA, si pone come momento di sintesi programmatica tra le esigenze e le indicazioni dell'Azienda USL e le esigenze formative raccolte dal Coordinamento Provinciale Animatori per la medicina generale.

Compiti del TT per la Formazione è formulare e presentare al CA per la validazione, i piani formativi annuali ed eventuali ulteriori iniziative, integrative al piano, meritevoli di realizzazione.

Il TT per la Formazione predisponde, ai fini ECM, apposite schede per la realizzazione dei diversi eventi formativi.

Tali eventi dovranno essere realizzati secondo la metodologia dell'apprendimento attivo per piccoli gruppi, che prevede la distribuzione di un pacchetto di auto apprendimento prima del corso, alcuni brevi relazioni introduttive al corso stesso, lavori per piccoli gruppi e discussione assembleare degli elaborati degli stessi gruppi.

L'adozione di metodologie diverse, tipo seminario, conferenza, tavola rotonda, convegno, etc..., sarà da ritenersi praticabile in via eccezionale per argomenti particolari o per esigenze particolari dei discenti od organizzative dell'Azienda USL.

L'attuazione di ogni evento formativo dovrà prevedere:

- che ogni singolo NCP coincida con il piccolo gruppo della metodologia didattica dell'apprendimento attivo;
- che il coordinatore NCP conduca il proprio gruppo;
- che i corsi vengano calibrati sui seguenti raggruppamenti di NCP:
  1. NCP Ferrara 1, NCP Ferrara 2, NCP Ferrara 3;
  2. NCP Ferrara 4, NCP Ferrara 5, NCP Barco – Francolino – Pontelagoscuro;
  3. NCP Gaibanella/Marrana – San Martino – San Bartolomeo – Fossanova S. Marco, NCP Pontegradella – Quacchio – S. Giorgio, NCP Baura/Denore – Quartesana - Masi Torello – Voghiera;
  4. NCP Copparo
  5. NCP Cento, NCP S. Agostino – Mirabello – Alberone – Casumaro – Corporeno – Renazzo – XII Morelli;



6. NCP Bondeno, NCP Poggio Renatico;
7. NCP Portomaggiore Ostellato Migliaro Migliarino, NCP Argenta
8. NCP Codigoro Lagosanto Massafiscaglia, NCP Comacchio, NCP Goro Mesola.

Il TT per la Formazione inoltre predispose un regolamento atto a favorire il buon livello di performance degli Animatori , anche attraverso appositi Corsi di Formazione Continua e di relative verifiche delle ricadute del loro operato in aula.

Il TT per la Formazione è composto da 3 MMG , uno per ciascun Distretto (scelti tra gli Animatori di Formazione e comprendenti il Coordinatore provinciale degli Animatori Formatori), da 2 MMG titolari e 2 supplenti individuati dalle OO.SS. e da 2 Medici dell'Azienda USL.

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

- Raccolta dei bisogni formativi;
- Scelta e predisposizione del materiale didattico informativo;
- Predisposizione dei relativi test necessari per l' ECM;
- Organizzazione degli incontri formativi secondo le tipologie standardizzate dal TT per la Formazione;
- Conduzione degli incontri;
- Analisi e valutazione dei test ECM con relazione finale dell'incontro.

All'Azienda USL rimangono i compiti della organizzazione logistica degli incontri, mettendo a disposizione del NCP aule didattiche attrezzate, registrazione presenze, copiatura e diffusione del materiale didattico informativo.

L'Azienda USL si impegna inoltre a sperimentare nuove tecnologie della comunicazione informatica e telematica che possano agevolare anche l'apprendimento a distanza entro il 2004.

Gli incontri formativi si svolgeranno, come indicato dall'ACN e dall'Accordo Regionale, il sabato e anche nelle altre giornate lavorative.

## **5. PROGETTI ORGANIZZATIVI**

### **5. A COINVOLGIMENTO E POTENZIAMENTO DEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE (NCP)**

Le parti vogliono riprendere ciò che è stato scritto in analogo capitolo del precedente Accordo apportandovi le opportune modifiche dovute alla riorganizzazione dei Servizi Territoriali per la cui conoscenza si rimanda al "Piano di Riordino delle Funzioni Sanitarie" dell'Azienda USL di Ferrara

Qui si vuole solo sottolineare la organizzazione delle attività sanitarie in Dipartimenti e la creazione, in ognuno dei tre Distretti, del DCP a sua volta suddiviso in 3 Unità Operative (UO), quella dei Nuclei Cure Primarie (NCP), quella dei Servizi Sanitari e quella Socio Sanitaria.

In questa riorganizzazione il Distretto ha la responsabilità della programmazione e della integrazione dei servizi, mentre il DCP ha compiti gestionali; i NCP hanno un ruolo di organizzazione, erogazione e miglioramento continuo per ogni Progetto Assistenziale (PA) facente parte di questo Accordo; il DCP ha fra i suoi obiettivi la produzione di prestazioni/servizi ed il

governo clinico come strumento per valutare e migliorare la produzione stessa; i NCP hanno fra gli obiettivi il miglioramento continuo del processo assistenziale.

Le parti concordano che i Responsabili del Modulo Organizzativo della UO dei NCP sarà un MMG nominato dalla Direzione Generale, al fine di migliorare il coordinamento dei NCP e delle AM (Associazioni Mediche) sul territorio provinciale.

Come già recepito nell'Accordo locale ASL-MMG 2001/2003, coerentemente con le indicazioni regionali, il territorio della Provincia ferrarese è stato suddiviso in Nuclei delle Cure Primarie (NCP) e, mediante elezioni, sono stati individuati i MMG Coordinatori di NCP; entrambe le operazioni sono state avvallate dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale e recepite con Delibera dall'Azienda USL Ferrara.

I NCP, dopo la recente riorganizzazione territoriale dei Distretti aziendali, vengono così individuati :

#### DISTRETTO OVEST

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

#### DISTRETTO CENTRO NORD

- Ferrara 1,2,3,4,5
- Barco – Francolino - Pontelagoscuro
- Baura/Denore – Quartesana - Masi Torello - Voghiera
- Gaibanella/Marrana – San Martino – San Bartolomeo – Fossanova S. Marco
- Pontegradella – Quacchio – S. Giorgio
- Copparo

#### DISTRETTO SUD EST

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

Con questo Accordo si considera conclusa la prima fase sperimentale di implementazione dei NCP nella Provincia di Ferrara ed in questa nuova fase di coinvolgimento e potenziamento le Parti concordano che i NCP, entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo, siano così composti: Medici di Medicina Generale (MMG), Medici di Continuità Assistenziale (MCA), Infermieri Professionali Domiciliari (IP-SIB), Farmacista e Ostetrica.

I MMG di una AM devono appartenere ad uno stesso NCP.

I MMG, motivandolo, possono chiedere di cambiare NCP al Responsabile della UO dei NCP del DPC che trasmetterà la richiesta al CA competente a decidere in materia.

Successivamente, ed entro il 2004, l'Azienda USL si impegna ad integrare nel NCP tutti gli altri operatori previsti dal PSR (Specialisti ambulatoriali, Terapista della Riabilitazione, ecc.)

Il ruolo dei NCP in tale Accordo è quello di:

2. applicare i Progetti Assistenziali (PA);
3. curare la integrazione ed ottimizzazione delle varie risorse tecnico professionali messe a disposizione dall'Azienda USL;
4. favorire il miglioramento continuo dei processi assistenziali ambulatoriali e domiciliari;
5. aderire ai percorsi predisposti dall'Azienda USL per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche.

Tra gli strumenti operativi del NCP è compresa la "riunione di lavoro", anche in forma di "audit"; si prevedono riunioni quadrimestrali, autonomamente gestite da ogni NCP e tenute in una sede (aula didattica) fornita dall'Azienda USL; tali incontri saranno di categoria e/o multiprofessionali a seconda dei contenuti e saranno considerate parte integrante (12 ore/anno) della formazione obbligatoria.

I MMG del medesimo NCP condividono obiettivi, finalità e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, come previsto dall'art.15 del DPR 270/00, inoltre:

1. partecipano ai 3 incontri annuali, salvo giustificati motivi di salute, gravi motivi familiari o di impegni istituzionali nel caso di dirigenti di OO.SS., dell'Ordine Professionale e di Società Scientifiche o loro delegati;
2. partecipano alla realizzazione degli obiettivi oggetto del presente Accordo ed alla loro valutazione sulla base delle informazioni/risultati prodotti dal Coordinatore del NCP;
3. condividono le Linee Guida di ogni PA con tutti gli operatori coinvolti, secondo una logica di servizi a rete;
4. eleggono ogni tre anni il Coordinatore del NCP.

#### *Meccanismo Incentivante per i MMG del NCP*

L'adesione ai NCP, ai sensi dell'art. 31 dell'ACN DPR 270/00, è obbligatoria per tutti i MMG.

La partecipazione attiva (vedi ruolo dei NCP e dei singoli MMG) al presente Accordo è remunerata con un incentivo descritto nel Capitolo 7, in particolare è interamente legato alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse risultante da un calo delle fughe di diagnostica specialistica per immagini e ricoveri ospedalieri extra-provincia (mobilità passiva), secondo apposito progetto predisposto dal TT (vedi cap.6 E).

#### *Coordinatore di NCP*

Ogni NCP ha un Coordinatore che si pone come interfaccia, da un punto di vista organizzativo, tra il NCP ed il Responsabile dell'Unità Operativa Area NCP del Dipartimento delle Cure Primarie (DPC) al fine di raggiungere gli obiettivi del presente Accordo; **il Coordinatore ha l'obbligo di aderire al Presente Accordo, globalmente inteso.**

Il Coordinatore del NCP è un MMG che si propone volontariamente, a cui i Colleghi che lo eleggono riconoscono competenza tecnica e professionale, capacità relazionali e altre caratteristiche quali una forte motivazione personale e la capacità di motivare gli altri MMG al fine di garantire la coesione interna e la concreta operatività del NCP.

Il Coordinatore dei colleghi del NCP, anche in collaborazione con i Coordinatori delle eventuali AM presenti nel NCP, ha le seguenti funzioni:

- promuovere l'adesione dei MMG del NCP al presente Accordo;
- facilitare il raggiungimento degli obiettivi del presente Accordo fra i MMG del NCP;
- conseguire gli obiettivi distrettuali di assistenza programmati per il NCP e di questi curarne il monitoraggio su report forniti dall'Azienda USL;
- promuovere, organizzare e coordinare gli incontri del NCP, facilitando il coinvolgimento di tutte le figure professionali di riferimento;
- curare l'analisi dei bisogni della popolazione assistita in coerenza con i programmi distrettuali;
- partecipare alla definizione di strumenti / modalità di reportistica dati e di verifica del raggiungimento dei risultati attesi;
- identificare le necessità per il raggiungimento degli obiettivi del proprio NCP;
- implementare gli strumenti del governo clinico per le attività proprie della Medicina Generale sui PA individuati.

Ogni Coordinatore eletto dai Medici del NCP rimane in carica tre anni ed è rieleggibile; l'incarico di Coordinatore viene assegnato formalmente dal Direttore di Dipartimento, può cessare per rinuncia comunicata almeno 30 giorni prima, oppure essere revocato per giustificato motivo dal Direttore del Dipartimento, su proposta della maggioranza dei MMG di quel NCP.

In caso di assenza o impedimento temporaneo del Coordinatore, il Responsabile dell'UO degli NCP del Dipartimento di Cure Primarie nominerà il suo sostituto in accordo con il Coordinatore stesso.

L'Azienda USL predispone e concorda con il Tavolo Tecnico per la Formazione, adeguati corsi di formazione continua per dotare i Coordinatori di strumenti appropriati per il ruolo che ricoprono, come: team building, empowerment, gestione dinamiche di gruppo e management gestionale.

Dopo l'entrata in vigore del presente Accordo verranno comunicati all'Azienda USL i nomi dei Coordinatori di NCP eletti entro Maggio 2004.

#### *Meccanismo Incentivante per il Coordinatore di NCP*

Il Coordinatore di NCP sarà retribuito con una indennità mensile pari a **€ 350,00**, per 12 mensilità, a partire dal mese di Luglio 2004, dovuto al tempo necessario all'Azienda ASL per le procedure conseguenti.

#### *Associazioni Mediche (AM), Coordinatore AM e rapporti con il NCP*

Ogni forma di Associazionismo prevista dall'ACN è ammissibile per i MMG del NCP; le AM appartengono allo stesso NCP.

La domanda di riconoscimento di Associazione va inviata al DPC e al Comitato Aziendale (CA), corredata dell'atto costitutivo steso su modello regionale e del regolamento dell'Associazione.

In caso di parere favorevole del DPC e del CA le parti firmatarie del presente Accordo stipuleranno il Contratto per l'Associazione richiedente.

Ogni AM presente nel NCP ha un Coordinatore eletto dai Medici dell'AM, rimane in carica tre anni ed è rieleggibile; l'incarico di Coordinatore viene assegnato formalmente dal Direttore di Dipartimento; può cessare per rinuncia comunicata almeno 30 giorni prima, oppure essere revocato per giustificato motivo dal Direttore del Dipartimento, su proposta della maggioranza dei MMG di quella AM.

Il Coordinatore di AM si pone come interfaccia, da un punto di vista organizzativo, tra la AM ed il Coordinatore del NCP ed il Responsabile dell'Unità Operativa Area NCP del Dipartimento delle Cure Primarie.

Il ruolo del Coordinatore si esprime come facilitatore dei colleghi della AM al fine di:

- conseguire gli obiettivi distrettuali di assistenza sanitaria programmati da questo Accordo per il NCP di appartenenza in collaborazione con il Coordinatore del NCP;
- proporre, anche a livello sperimentale, particolari modalità attuative dei PA di questo Accordo al Responsabile dell' UO dei Nuclei Cure Primarie del DCP; queste saranno normate da una trattativa sindacale.

I contratti di AM in scadenza si devono adeguare a quanto sopra scritto.

#### *Meccanismo Incentivante per le AM*

Le parti concordano di valutare di volta in volta, a livello di Comitato Aziendale, i Progetti Specifici e/o Sperimentali delle singole AM, definendone gli obiettivi, gli indicatori, i volumi di attività e gli incentivi.

#### **5.B IMPLEMENTAZIONE DI PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE (PPIP)**

Si concorda, al fine di favorire l'attuazione dei PA, di ricondurre al primo livello assistenziale prestazioni impropriamente erogate dal 2° livello e si conviene di ampliare lo spettro delle Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PPIP), aggiuntive a quelle previste nel D.P.R. 270/00, erogabili dai MMG partecipanti a questo Accordo.

Le parti concordano un budget 2004 complessivo di massimo 50.000 euro (rivalutato di anno in anno), per incentivare le singole PPIP aggiuntive, valorizzate sulla base degli importi fissati dal Nomenclatore Tariffario DPR 96 e successive integrazioni, non rientranti nel tetto massimo previsto dall'ACN:

<i>Prestazione</i>	<i>€ per singola prestazione (Nomenclatore Tariffario)</i>	<i>Nota</i>
Prelievo di sangue ematico (punto prelievi)	1,29	solo per progetti concordati
Holter Pressorio	62,00	solo per progetti concordati
Spirometria	23,25	solo per progetti concordati
Esecuzione ECG	11,60	solo ADI II – III e urgenza amb. seguita da invio in PS
Paracentesi	34,85	solo ADI II – III
Emotrasfusioni	25,80	solo ADI II – III
Posizionamento di sondino naso-gastrico	15,49	solo ADI II – III

Le seguenti PPIP aggiuntive a quelle previste nel D.P.R. 270/00 vanno invece considerate nel tetto massimo previsto dall'ACN:

<i>Prestazione</i>	<i>€ per singola prestazione (Nomenclatore Tariffario)</i>
Artrocentesi	21,90
Infiltrazioni intrarticolari	21,90
Curettage escara necrotica	17,09
Medicazione complessa	3,87
Incisione di ascesso	26,35
Asportazione neoformazione cutanea	28,40
Asportazione neoformazione sottocutanea	28,40
Applicazione di bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture	11,00
Rimozione di apparecchio gessato	14,00
Asportazione di tappo di cerume	7,75
Tampone oro-faringeo	2,50

Entro il 1 giugno 2004 verranno avviati anche a livello sperimentale in alcuni NCP o AM o singoli MMG i seguenti progetti, dopo averne definito la relativa trattativa economica:

1. CUP
2. Telecardiologia
3. TAO

Per il progetto CUP sarà definito il valore economico della prestazione “prenotazione” in analogia con quanto concordato con le Farmacie convenzionate.

## **6. PROGETTI ASSISTENZIALI (PA)**

Il Progetto Assistenziale (PA) disegna una rete assistenziale che, coinvolgendo operatori di vari servizi, deve assicurare livelli uniformi di assistenza sul territorio provinciale, relativamente ad un determinato problema clinico.

Lo stesso PA deve tener conto di Linee Guida (LG) coerenti con la letteratura scientifica validata a livello internazionale e deve garantire sia la qualità che l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie attraverso un opportuno Protocollo Operativo (PO).

I PA sono prodotti dai TT su proposta del CA, che provvederà infine a ratificarli.

Le parti concordano che all'entrata in vigore del presente Accordo sia data continuità ai seguenti PA: ipertensione (allargato alle dislipidemie, fumo ed obesità), diabete, ADI, vaccinazioni.

### **6.A PA IPERTENSIONE**

L'ipertensione arteriosa, già oggetto del precedente accordo 2001/2003 e successive proroghe, rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare e di morte per eventi cardiovascolari acuti ed è la causa di un terzo delle morti totali.

Con il precedente Accordo 2001-2003 si è istituito un TTI Interaziendale che ha prodotto il Progetto Assistenziale (PA) dell'Ipertensione (vedi allegato), mantenendolo continuamente aggiornato con le nuove evidenze e sottolineandone i punti critici (scarsa adesione alle Linee Guida Terapeutiche, uso elevato di farmaci antipertensivi di secondo impiego, mancata individuazione del 2° e 3° livello specialistico).

Le Parti firmatarie del presente Accordo concordano sulla validità di tale PA e convengono di adottarlo e di confermare il TTI, eventualmente integrandolo di figure professionali mancanti (Serv. Farmaceutico, epidemiologo, ecc.).

Di tale PA dell'Ipertensione le Parti definiscono come obiettivo prioritario l'aderenza dei MMG alle Linee Guida Terapeutiche, indicate nel PA, ed ai principi di farmacoeconomia, condivisi durante gli Audit del precedente Accordo e che in parte hanno ispirato il Decreto Ministeriale del 20/12/2002 recante "Elenco dei medicinali rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale", **pur lasciando piena autonomia prescrittiva al Medico per quanto concerne la scelta degli antiipertensivi più appropriati per ogni singolo paziente.**

Le indicazioni del Protocollo Clinico predisposte dal TTI e validate dal CA nonché i principi di farmacoeconomia condivisi durante gli audit possono essere così riassunti:

1. i diuretici, i beta bloccanti e gli ACE inibitori sono da considerarsi molecole di primo impiego da utilizzarsi nelle forme non complicate e senza particolari patologie concomitanti;
2. i sartani, i calcioantagonisti, gli alfabloccanti e tutte le altre molecole, sono da considerarsi di secondo impiego e da utilizzarsi nelle forme resistenti, complicate o con patologie concomitanti (vedi tabella n°5 delle Linee Guida Terapeutiche Aziendali);
- 3. in ognuno di questi gruppi bioequivalenti, ogni molecola ha un suo costo DDD (Dose Definita Die) che permette al Medico di individuare ed utilizzare quella che a parità di efficacia, ha un costo minore.**

#### *Indicatori di Verifica del PA Ipertensione*

Vista l'esperienza positiva del precedente Accordo ed allo scopo di valutare ed incentivare il recepimento del PA Ipertensione e dei principi di Farmacoeconomia sopra richiamati, si concorda di utilizzare i seguenti indicatori:

- il numero dei pazienti con codice di esenzione per patologia 031 (l'elenco dei pazienti codificati dovrà essere spedito annualmente al medico; la codifica potrà essere rilasciata anche dal medico specialista di riferimento del NCP);
- il costo medio DDD (Dose Definita Die) 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 che sarà fornita ai MMG;
- consumo DDD / 1000 abitanti / die

L'Azienda si assume la responsabilità della corretta elaborazione delle suddette tabelle.

Eventuali variazioni di prezzo dei farmaci saranno calcolate per una dovuta compensazione.

## Meccanismo Incentivante PA ipertensione

Per i MMG che partecipano a tale Progetto è previsto un **incentivo** da erogare come quota capitaria su base annua e suddiviso in 12 mensilità, basato sul costo medio DDD dei farmaci antipertensivi raggiunto dal MMG nel periodo considerato, come dalla seguente tabella:

Tabella incentivi per il Progetto Ipertensione

<b>Obiettivo individuale raggiunto</b> ( Costo Medio DDD del MMG )	<b>Incentivo per quota capitaria</b> <i>dal 01.04.04 al 31.12.04</i> €	<b>Incentivo per quota capitaria</b> <i>dal 01.01.05 al 31.12.05</i> €	<b>Incentivo per quota capitaria</b> <i>dal 01.01.06 al 31.03.07</i> €
da 0,53 a 0,51 compresi	2,20	1	0,50
da 0,50 a 0,47 compresi	2,80	2,50	2,00
0,46 e valori inferiori	3,50	3,50	4,00

Per il 2004, dal 1 aprile al 30 settembre, il MMG riceverà un incentivo pari a € 4,13 (ex £. 8.000 del precedente accordo) quale acconto per la quota spettante sul Progetto Ipertensione e sul Progetto Diabete.

Entro il 30 di settembre 2004 una Commissione paritetica composta da un rappresentante dell' Azienda USL di Ferrara e da un rappresentante dei MMG indicato dalla OO.SS. firmataria, valuterà i risultati raggiunti dai MMG e calolerà i relativi conguagli per i Progetti Ipertensione e Diabete.

### **Per il Progetto Diabete:**

- si rimanda al relativo capitolo del meccanismo incentivante.

### **Per il Progetto Ipertensione:**

- dal 1 ottobre 2004 fino al 31 marzo 2005, il MMG riceverà un incentivo calcolato in base al suo costo medio DDD dei farmaci antipertensivi del secondo trimestre del 2004 ed in rapporto allo scaglione espresso nella tabella precedente;
- dal 1 aprile 2005 al 31 marzo 2006 il MMG, riceverà un incentivo calcolato in base al suo costo medio DDD dei farmaci antipertensivi relativo al periodo 01.04.04 – 31.12.04 ed in rapporto allo scaglione espresso nella tabella precedente;
- dal 1 aprile 2006 al 31 marzo 2007 il MMG, riceverà un incentivo calcolato in base al suo costo medio DDD dei farmaci antipertensivi relativo al periodo 01.01.05 – 31.12.05 ed in rapporto allo scaglione espresso nella tabella precedente.
- in caso di mancato rinnovo dell'Accordo il primo trimestre 2007 sarà valutato al 30/6/07.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 31 marzo di ogni anno da una Commissione paritetica composta da un rappresentante dell' Azienda USL di Ferrara e da un rappresentante dei MMG indicato dalla OO.SS. firmataria.



L'Azienda USL liquiderà gli incentivi dovuti a conguaglio ai MMG che ne hanno diritto con le competenze del mese di Maggio.

Le eventuali rivalse saranno effettuate a norma di ACN.

### *Nota Finale*

Le parti rilevano che le tabelle fin qui prodotte dall'Azienda USL, sulla base delle quali sono stati calcolati gli incentivi da corrispondere ai MMG, esprimono la DDD dei farmaci non in associazione in milligrammi e quelli in associazione in compresse, come indicato dall'OMS.

Poiché l'elaborazione di tali tabelle è finalizzata a calcolare il costo medio DDD dei farmaci antipertensivi (indicatore di verifica di riferimento), come rapporto tra spesa totale e numero totale delle DDD utilizzate, considerando altresì che quest'ultimo risulta dalla somma delle DDD degli stessi farmaci, è evidente che nelle stesse tabelle la DDD dei farmaci dovrebbe essere espressa con unità di misura omogenee.

Sarebbe pertanto opportuno enucleare le associazioni dalla tabella, riconducendo le singole componenti ai farmaci elencati nella tabella stessa.

Tuttavia, il calcolo dello scostamento tra costo medio DDD del MMG dal costo medio DDD aziendale, basato su tabelle modificate come al punto precedente, ha dimostrato che non esistono significative variazioni dello scostamento stesso, rilevato dalle tabelle non modificate.

Si conviene comunque sulla opportunità di rielaborare in futuro (demandando al TT competente) le stesse tabelle sulla base delle osservazioni fin qui espresse e conseguentemente rivedere gli scaglioni incentivanti, previa trattativa tra le parti firmatarie.

## **6. B PA DIABETE**

Con il precedente Accordo 2001-2003 si è istituito un TTI che ha prodotto il Progetto Assistenziale (PA) Diabete, mantenendolo continuamente aggiornato con le nuove evidenze; tale PA si considera parte integrante a tale Accordo (vedi allegato) e si concorda quanto segue:

1. il paziente diabetico neo-diagnosticato viene inviato dal MMG al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione sanitaria strutturata che rendono necessario un follow up per tutta la vita;
2. il paziente diabetico ambulabile di Tipo I o di Tipo II Insulino Trattato (IT) o con gravi complicanze (insufficienza renale grave, gangrena piedi, retinopatia 3°), sarà seguito dal CD;
3. il paziente diabetico non ambulabile in ADI e quello ambulabile di Tipo II (oltre a IGT e IFG) sarà seguito dal MMG con un follow up integrato e condiviso col CD;
4. il paziente diabetico sarà seguito con un follow up a vita come descritto nel PA diabete già divulgato ai MMG e CD nel 2001;
5. tutti i parametri previsti dal follow up dovranno essere raccolti e condivisibili tra MMG e CD, indipendentemente dal tipo di supporto usato per la raccolta degli stessi (cartaceo o informatizzato);

6. l'accesso del paziente diabetico al CD per consulenza specialistica avviene di norma dietro richiesta motivata del MMG, escluso i diabetici di Tipo I o i diabetici di Tipo II inviati con la dicitura "per presa in carico".

Si demanda al TTI il recepimento degli orientamenti regionali e di quanto sopra espresso, per un aggiornamento del PA sul diabete.

Si ritiene inoltre indispensabile integrare sin da ora il PA esistente con due schede che il MMG è tenuto a compilare obbligatoriamente (vedi allegati) da cui si evinca:

- la presa in carico del paziente diabetico da parte del MMG (diabetici Tipo II ambulabili e tutti i tipi di diabetici non ambulabili assistiti a domicilio) o da parte della struttura CD (diabetici Tipo I e Tipo II IT o con gravi complicanze);
- una raccolta dati che permetta una valutazione di qualità con indicatori da utilizzare sia da parte del MMG che da parte del CD.

L'Azienda USL si impegna ad informatizzare tutti i CD ed a creare un unico centro di raccolta dati informatizzato (server aziendale) finalizzato ad una vera gestione integrata dei pazienti diabetici e ad una valutazione degli indicatori di qualità.

#### *Indicatori di Verifica del PA Diabete*

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

- Indicatore di struttura: il n° dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici (volume espresso sia singolarmente per ogni MMG che per NCP e per Associazione)
- Indicatore di processo: il n° delle HbA1c eseguite in un anno per paziente diabetico seguito (standard = 2)
- Indicatore di esito: il valore medio della HbA1c eseguite in un anno (standard =<7%)

Il TTI dovrà provvedere direttamente o tramite servizio delegato alla raccolta ed elaborazione degli indicatori che, dopo valutazione del CA, saranno forniti ai NCP per la discussione in audit quadrimestralmente.

Al fine di un continuo monitoraggio e miglioramento del PA del Diabete, il TTI può proporre l'adozione di altri indicatori al CA, anche attraverso schede di raccolta dati da compilare volontariamente e dietro compenso.

Entro 30 giorni dalla firma del presente Accordo, l'Azienda invierà a ciascun MMG l'elenco dei propri pazienti diabetici codificati (esenti ticket 013.250); successivamente annualmente.

#### *Meccanismo Incentivante del PA Diabete*

Entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo, il MMG aderente dovrà compilare la scheda in allegato da cui risulti il numero dei pazienti diabetici presi in carico dal MMG stesso, sulla base

del quale si determinerà l'incentivo da liquidare; tale scheda sarà consegnata alla Direzione della UO di NCP (ex Servizio Medicina di Base).

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 il PA Diabete è previsto un **incentivo** su base annua e suddiviso in dodici mensilità pari a **€ 85,00** per paziente diabetico in carico al MMG (escluso IGT e IFG) che sarà seguito secondo il Protocollo Operativo definito dal TT del diabete, con il rispetto degli indicatori sopra illustrati; tale incentivo sarà pagato a regime dal 1 ottobre 2004.

Entro il 30 di settembre 2004 una Commissione paritetica composta da un rappresentante dell' Azienda USL di Ferrara e da un rappresentante dei MMG indicato dalla OO.SS. firmataria, valuterà i casi presi in carico dai MMG e calolerà il relativo conguaglio (in negativo o positivo) sulla base dell'acconto di € 4,13 (comprensivo della quota spettante al Progetto Ipertensione e che dovrà essere scorporata) che l'Azienda ha continuato a corrispondere nel periodo 01.04.04 – 30.09.04; gli effetti economici saranno applicati con le competenze del mese di ottobre 2004.

Le eventuali rivalse saranno effettuate a norma di ACN.

Il MMG è tenuto inoltre alla compilazione della scheda annuale di raccolta dati predisposta dal TTI e valutata dal CA (vedi allegato); tale scheda sarà consegnata alla Direzione UO NCP entro il 31 marzo di ogni anno a partire dal 2005.

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

## **6. C PA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

L'ADI rappresenta per l'Azienda l'ambito prioritario di intervento su cui orientare gli accordi con la Medicina Generale, secondo le direttive del DPR 270/00 e degli Accordi attuativi regionali (DRG N° 3085 del 28.12.2001) in quanto:

- il progressivo invecchiamento della popolazione residente ed il viraggio epidemiologico delle patologie prevalenti richiedono di applicare appieno la delibera Regionale 124/99 dando risposta a condizioni patologiche caratterizzate dalla necessità di interventi relativamente protratti nel tempo, a bassa intensità tecnologica e specialistica ma ad alta intensità assistenziale;
- le cure domiciliari, nel quadro di un cambiamento organizzativo complessivo del modello assistenziale territoriale, con l'introduzione dei NCP, rappresentano l'occasione per qualificare il ruolo del MMG, attore centrale nella erogazione e nel coordinamento del processo di assistenza stesso, ma anche responsabile del corretto uso delle risorse affidate agli ambiti territoriali;
- l'assistenza domiciliare così concepita richiede un salto di qualità, specie nell'integrazione Territorio – Ospedale.

Il Progetto Assistenziale (PA) dell' ADI, già licenziato dalla Commissione Provinciale per l'assistenza Domiciliare (CPD), dovrà essere rielaborato entro 60 giorni, con riferimento preciso agli indicatori di qualità, dalla firma del presente Accordo, dalla stessa CPD sulla base della riorganizzazione territoriale su esposta (vedi capitolo dei NCP); inoltre la CPD dovrà rivedere la cartella clinica domiciliare anche alla luce della nuova normativa sulla privacy.

Le parti recepiscono come prioritario il pieno coinvolgimento dei MMG nello sviluppo dell'ADI a media (ADI2) ed alta intensità (ADI3), anche con il supporto di quanto previsto dall'art. 39 del DPR 270/2000, che individua l'ADI come livello assistenziale obbligatorio da garantire al cittadino da parte del MMG stesso.

Il governo di tale processo assistenziale trova risposta nella nuova organizzazione distrettuale che, attraverso lo strumento organizzativo dei NCP e lo sviluppo della cultura dell'integrazione professionale, ribadisce il ruolo del MMG quale punto di riferimento, nel territorio, per il paziente, per la sua famiglia e per tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura.

Con tali premesse obiettivo dell'Accordo è pertanto accogliere i pazienti in dimissione protetta e assistere, in ambito domiciliare, i pazienti affetti da patologie trattabili a domicilio, come alternativa al ricovero improprio in ospedale o in altra struttura residenziale.

Visti i buoni risultati relativi alla fornitura dei farmaci in ADI 2 e ADI 3, si concorda di estendere la fornitura diretta dei farmaci a tutti i pazienti in ADI, compresi quelli di 1° livello.

Le patologie a cui dare risposta ed i campi prioritari di intervento sono quelli definiti dall'art. 39, allegati G e H dell'ACN, dalla Deliberazione di Giunta Regionale n° 124/99, dalla Deliberazione di Giunta Regionale n° 309/00 e dalla CPD aziendale e riguardano nello specifico: le patologie oncologiche in fase terminale, lo scompenso cardiaco, gli esiti di ictus cerebrale, gli esiti di frattura del femore, l'insufficienza respiratoria cronica, le patologie croniche neurologiche e osteoarticolari con disabilità progressiva, le patologie che comportano grave disabilità o handicap, le patologie dismetaboliche od endocrine e le demenze.

In relazione alla valutazione dei dati di attività dell'ADI erogata nell'anno 2002 a livello Regionale, l'obiettivo aziendale è, a fronte di un numero di pazienti in ADI per l'anno 2002 pari 3067 con una percentuale di ADI di 2° livello del 18% (n° 562) e di ADI di 3° del 14% (n° 433), incrementare la percentuale di ADI di 2° livello pari al 0,8% e la percentuale di ADI di 3° livello pari al 0,7% sulla popolazione ultrasessantacinquenne.

#### CASI ATTESI ADI 2° e 3° LIVELLO

Popolazione >= 65 anni al 31.12.2002	% da raggiungere ADI 2°	Casi attesi ADI 2°	% da raggiungere ADI 3°	Casi attesi ADI 3°
<b>86.322</b>	<b>0.80%</b>	<b>691</b>	<b>0.70%</b>	<b>604 *</b>

\* comprensivo degli assistiti delle Associazioni di Volontariato.

La CPD fornirà annualmente i volumi attesi per ogni singolo NCP.

In fase di dimissione ospedaliera si ritiene che, per i pazienti indicati nell'art.39, allegati G e H dell'ACN, il **percorso di Dimissione Protetta** costituisca un importante momento per una buona relazione ed integrazione ospedale-territorio, inoltre, una sua fattiva e convinta applicazione, costituisca la premessa per migliorare la presa in carico, di buona parte dei pazienti da assistere in ADI.

Il Protocollo Operativo relativo alle Dimissioni Protette dovrà essere proposto dalla CPD al Comitato Aziendale per la sua validazione e successiva deliberazione Aziendale.

Si ritiene opportuno promuovere e incentivare la presenza del Medico di Medicina Generale al letto del paziente in ospedale, nel contesto della visita di valutazione che la équipe preposta è chiamata a svolgere per governare la dimissione protetta.

La **valutazione multidimensionale** fatta al domicilio del paziente e/o in ospedale in fase di dimissioni protette, sarà effettuata dal MMG assieme al Capo Sala degli IP del territorio o IP delegato; previa accordo con il Responsabile dell'Organizzazione dell'Assistenza Domiciliare (ROAD) vi potranno partecipare anche altri operatori, qualora necessari (Assistente Sociale, Specialista, ecc).

Successivamente alla valutazione multidimensionale verrà steso il Piano di Assistenza Personalizzato (PAP), utilizzando gli opportuni strumenti di valutazione del caso (es.Indice di KPS, ecc) proposti dalla CPD e validati dal Comitato Aziendale.

La stesura del PAP verrà effettuata sulla **cartella clinica**, strumento indispensabile anche per l'integrazione degli operatori coinvolti nell'ADI e per la raccolta dei dati di qualità previsti e necessari ad una valutazione del PA e ad eventuali verifiche amministrative.

L'Az. USL si impegna a coinvolgere la Continuità Assistenziale in un programma assistenziale di **H24** per l'ADI favorendo la presenza di MCA integrati in ciascun NCP sia nei momenti formativi comuni, sia nell'organizzazione dell'NCP stesso (pool fisso di MCA per ogni NCP).

L'Az. USL si impegna a riorganizzare il Servizio Infermieristico Territoriale nell'ambito della riorganizzazione dei NCP promuovendo la figura dell'**IP nel NCP**.

Si concorda sulla necessità di mantenere l' **Equipe di Supporto** all'ADI, che operi su tutto il territorio dell'Az. USL

L'Equipe medica di Supporto sarà a disposizione dei pazienti in regime ADI2 e ADI3 per fornire:

- 1) trasfusioni, paracentesi e prestazioni di particolare impegno professionale che il MMG responsabile terapeutico fosse impossibilitato ad assicurare (curettage di ulcere cutanee, infusioni di albumina, ossimetria, ecg, ecc).
- 2) l'utilizzo delle competenze specifiche e delle potenzialità professionali comunque presenti tra i componenti dell'Equipe di Supporto.

Le **consulenze specialistiche domiciliari** necessarie, saranno attivate dai singoli MMG secondo le necessità cliniche, a tal fine il Responsabile dell'UO di NCP del Dipartimento di Cure Primarie, attraverso il ROAD, fornirà ai singoli MMG, entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo, gli elenchi degli specialisti disponibili e le modalità della loro attivazione con particolare riferimento alle prestazioni urgenti ed ai tempi d'attesa per le altre.

Gli Specialisti disponibili all'ADI, saranno individuati con le seguenti modalità:

1. Medici Specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito Aziendale e che ai sensi del DPR 270/2000, in qualità di componenti dei NCP, effettuino accessi a domicilio;
2. Medici Specialisti Ospedalieri;
3. Medici Specialisti individuati dall'Azienda con contratto libero-professionale informato il C.A.;
4. MMG in possesso delle specializzazioni necessarie al programma ADI, che diano la disponibilità a svolgere attività di consulenza domiciliare nei confronti degli assistiti dei propri colleghi inseriti in programmi ADI-2 e ADI-3; il riconoscimento economico di tali prestazioni sarà nel rispetto della normativa vigente.

#### *Indicatori di Verifica del PA ADI*

Allo scopo di valutare ed incentivare il recepimento del PA dell'ADI, in particolare per l'Assistenza Domiciliare Integrata ADI2 e ADI3 si assumono come indicatori:

- Indicatore di struttura per la presa in carico: % casi presi in carico dal NCP;
- Indicatore di processo: % di cartella clinica domiciliare compilata.

La CPD dovrà provvedere direttamente o tramite servizio delegato alla raccolta ed elaborazione degli indicatori che, dopo valutazione del CA, saranno forniti agli NCP per la discussione in audit quadrimestralmente.

#### *Meccanismo Incentivante del PA ADI*

**Gli incentivi** erogati per caso trattato si suddividono per tipo di ADI in:

Livello assistenziale <i>ADI</i>	<i>PAP</i> *
II	€ 150,00
III	€ 250,00

\* per tutti i casi attivati

Le quote incentivanti saranno erogate mensilmente.

**Gli accessi** vengono retribuiti come prevede l'ACN vigente.

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.

Tale indennità viene prevista una volta che venga effettuata la visita in Ospedale da parte del MMG in contemporanea con l'équipe, indipendentemente dalla successiva attivazione o meno dell'ADI.

Le parti concordano sulla necessità di rinnovare l'Accordo per l'**"Equipe di Supporto"** all'ADI avvalendosi del Volontariato, questa sarà remunerata attraverso un fondo specifico e le modalità di retribuzione delle prestazioni dell'Equipe di Supporto sono quelle previste dalla convenzione AUSL e Associazione di Volontariato "Nelson Frigatti", parte integrante di questo Accordo.

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

L'Azienda provvederà a monitorare e a fornire quadrimestralmente ai Medici i report della ADI svolta dai singoli NCP.

## **6. D PROGETTO VACCINAZIONI**

**Premesso** che con circolare n. 5 del 05/09/03, la Regione Emilia Romagna, sulla base delle indicazioni fornite dal Ministero della Sanità, ha stabilito quale obiettivo della campagna vaccinale 2003/2004 una copertura vaccinale pari al 75% della popolazione di età superiore ai 65 anni, rilevando che i buoni risultati raggiunti negli ultimi anni confermano il ruolo determinante dei Medici di Medicina Generale 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, invitando le Aziende USL a confermare il loro coinvolgimento e facendo rinvio, per quanto riguarda gli aspetti economici, a quanto specificato nell'accordo nazionale e agli accordi locali; e che l'articolo 31, comma 3, lett. c) del DPR 270/00 stabilisce l'obbligo, in capo ai Medici di Medicina Generale, di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;

**Ritenuto** pertanto di avvalersi per il raggiungimento di tale obiettivo della collaborazione dei Medici di Medicina Generale;

**Atteso** che la popolazione target nella provincia di Ferrara è quella in carico ai MMG che sarà rilevata alla data del 31/12 di ogni anno;

**Tutto quanto sopra premesso**, nell'intento di favorire un risultato apprezzabile per la campagna vaccinale degli anni 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, che tenda all'obiettivo regionale, **le parti concordano quanto segue:**

### **1. l'Azienda USL si impegna:**

- a facilitare l'approvvigionamento delle dosi di vaccino;
- a inviare ai MMG:
  - entro il 31 maggio un report sulla copertura raggiunta tra gli assistiti di ciascun MMG nella precedente campagna vaccinale, iniziando con quella del 2003-2004;
  - entro il 10 novembre un elenco nominativo, rilevato alla data del 31 ottobre, degli assistiti che hanno una età uguale o superiore ai 65 anni al 31 dicembre;
  - entro il 20 di novembre e il 10 dicembre, un elenco nominativo, per singolo medico, dei pazienti target vaccinati presso gli ambulatori del Dipartimento di salute pubblica, alla data del 15 Novembre e 5 Dicembre;
- a mettere a disposizione della Commissione paritetica sotto richiamata, le schede riepilogative dei pazienti vaccinati dal Dipartimento di Sanità Pubblica, entro il 31 gennaio di ogni anno;

## 2. i Medici di Medicina Generale si impegnano 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;
- chiedere le dosi di vaccino entro il 15 agosto di ogni anno;
- ritirare presso i servizi di sanità pubblica i vaccini richiesti;
- restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale per favorirne l'uso agli altri MMG e a campagna completata;
- inviare le schede riepilogative entro il 31 gennaio 2004.

### *Meccanismo Incentivante PA Vaccinazioni*

L'Azienda USL di Ferrara riconoscerà ai Medici di Medicina Generale una quota di maggiorazione "A" e "B" rispetto alle tariffe convenzionali previste dal DPR 270/00, articolo 45 e allegato D, al netto della quota ENPAM aziendale come indicato nella tabella 1:

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

Ai Medici di Medicina Generale verranno remunerate esclusivamente le vaccinazioni eseguite dagli stessi.

### • QUOTA DI MAGGIORAZIONE "A":

CAMPAGNA VACCINALE anni 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007: ai Medici di Medicina Generale che abbiano vaccinato almeno il 65% della propria popolazione target (da raggiungere unitamente al Dipartimento di Sanità Pubblica) sarà corrisposta una quota di maggiorazione come riportato nella tabella 1.

TABELLA 1

Obiettivo individuale raggiunto	Quota per assistito della popolazione target
Dal 65% al 69,9%	Euro 3.80
Dal 70% al 74,9%	Euro 5.00
Dal 75% al 100%	Euro 5.50

### • QUOTA DI MAGGIORAZIONE "B":

Ai Medici di Medicina Generale che abbiano vaccinato almeno il 70% della propria popolazione target (da raggiungere unitamente al Dipartimento di Sanità Pubblica) sarà corrisposta una quota di maggiorazione di EURO 3 a condizione che il Nucleo di Cure Primarie di cui il medico fa parte abbia vaccinato almeno il 75% della propria popolazione target complessivamente



considerata (da raggiungere unitamente al Dipartimento di Sanità Pubblica). **Tale quota incentivante sarà riconosciuta per i pazienti di età  $\geq 75$  anni.**

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro e non oltre il 31 marzo di ogni anno da una Commissione paritetica composta da un rappresentante dell' Azienda USL di Ferrara e da un rappresentante dei MMG indicato dalla OO.SS. firmataria.

L'Azienda USL pagherà l'incentivo ai Medici che ne hanno diritto con le competenze economiche del mese di Maggio.

Le parti concordano che raggiunto l'obiettivo del 75% della popolazione target vaccinata in carico ai Medici di Medicina Generale verrà valutata la possibilità di inserire la vaccinazione antipneumococcica fra le vaccinazioni da proporre alla popolazione a rischio e da retribuire alle tariffe convenzionali previste dal DPR 270/00, articolo 45 e allegato D.

## **6. E ALTRI PROGETTI e OBIETTIVI**

### ***1. Completamento PA relativi al Rischio Malattie Cardiovascolari.***

Le parti concordano di dare mandato al TT del Rischio e Malattie Cardiovascolari di predisporre le Linee Guida Diagnostico Terapeutiche e relativi Protocolli Operativi per le Dislipidemie e lo Scompenso Cardiaco da adottare, dopo validazione del Comitato Aziendale, dal 01.10.2004.

Successivamente e non oltre il 2004 saranno predisposte le Linee Guida Diagnostico Terapeutiche e relativi Protocolli Operativi per l'Obesità ed il Fumo i cui Progetti dovranno essere avviati, dopo validazione del Comitato Aziendale, dal 01.07.2005.

### ***2. PA delle Artroreumopatie.***

Si da mandato al TT delle Artroreumopatie di predisporre le Linee Guida Diagnostico Terapeutiche e relativi Protocolli Operativi per le Artroreumopatie da adottare, dopo validazione del Comitato Aziendale, a partire dal 01.04.2005

*In base alle scadenze su indicate si svilupperà la trattativa economica tra le parti, per l'applicazione del relativo PA.*

### ***3. Recupero mobilità passiva relativa alla diagnostica per immagini e ricoveri.***

In merito alla riorganizzazione dell'offerta di diagnostica ad alto costo e dei ricoveri ospedalieri nella provincia, volta ad arginare il fenomeno della mobilità passiva, si intende procedere:

- con l'applicazione dei PA concordati;
- con la riduzione dei tempi di attesa;
- con il miglioramento dei servizi offerti dall'azienda.
- con la riduzione delle prestazioni e dei ricoveri inappropriati.

Entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo, il TT per la Reportistica della Farmaceutica, della Diagnostica e dei Ricoveri, analizzerà le cause del fenomeno della mobilità passiva e

successivamente ne proporrà i correttivi attraverso un Progetto, da presentare per la validazione al CA.

Tale progetto verrà finanziato con un sistema incentivante derivato dal 50% dell'eventuale recupero economico complessivo ottenuto.

L'incentivo verrà a sua volta diviso in due parti uguali:

- una parte sarà suddivisa in quote capitarie ed erogata ai singoli MMG aderenti all'Accordo sottoforma di benefit da concordare col medico o incentivo da liquidare con gli emolumenti del mese di maggio di ogni anno;
- una parte sarà suddivisa fra i diversi NCP sulla base della percentuale di risparmio realizzata da ciascuno di essi; l'ammontare spettante al NCP verrà suddiviso fra i MMG aderenti all'Accordo sulla base di quote capitarie.

#### **4. Medicina dei Servizi.**

Viene costituito un fondo per l'incentivazione degli eventuali progetti che i MMG convenzionati ai sensi dell'allegato N dell'ACN; tali progetti dovranno essere coerenti con la strategia aziendale e la programmazione distrettuale e verranno valutati, per le relative competenze, dalla Commissione paritetica Azienda USL Ferrara e OOSS medici convenzionati.

## **7. RISORSE E SISTEMA INCENTIVANTE**

Le parti concordano sui seguenti principi:

- a. il rispetto integrale di quanto prevede l'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) e l'AAR (Accordo Attuativo Regionale), in merito al riconoscimento economico che deve essere corrisposto al MMG in rapporto ad alcune tipologie di attività sanitaria (assistenza domiciliare, vaccinazioni, adesione NCP);
- b. la corresponsione di ulteriori emolumenti può avvenire, nei termini e nei modi concordati, solo a titolo di "incentivo" allo scopo di favorire e stimolare il massimo della qualità assistenziale e della appropriatezza possibile nella prescrizione di trattamenti sanitari di varia natura: farmacologici, diagnostici e di ricovero ospedaliero. In particolare si conviene una incentivazione volta al miglioramento della qualità dell'assistenza per quanto riguarda l'ADI, il Diabete, le Vaccinazioni, i NCP e le PPIP ed un'incentivazione volta al miglioramento dell'appropriatezza dell'impiego dei farmaci per quanto riguarda gli antipertensivi, gli ipolipemizzanti ed i FANS. Ci si attende che tali miglioramenti derivino dalla applicazione dei Progetti Organizzativi ed Assistenziale oggetto del presente Accordo;
- c. in coerenza con la impostazione, ormai affermata da tutti i contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del comparto e della dirigenza sanitaria, la corresponsione degli incentivi economici può avvenire solo a fronte del conseguimento degli obiettivi per i quali l'incentivazione stessa è stata predisposta.

L'Azienda Sanitaria si impegna pertanto a rendere disponibili appositi fondi per finanziare i seguenti punti:

1. la rimodulazione ed il consolidamento delle aggregazioni territoriali dei Nuclei delle Cure Primarie (NCP), l'ulteriore sviluppo delle forme associative con particolare riferimento alle

medicines di gruppo), lo sviluppo della formazione rivolta ai Medici di Medicina Generale e la messa in campo da parte dell'Azienda di interventi per facilitare l'accesso ai servizi e la deburocratizzazione;

2. l'ulteriore qualificazione delle attività assistenziali svolte dai MMG relative ai percorsi assistenziali: diabete, A.D.I., vaccinazione antinfluenzale, PPIP aggiuntive e ulteriori percorsi che potranno essere definiti congiuntamente negli anni di validità del presente Accordo.

La stessa Azienda ribadisce invece che è assicurato da una incentivazione economica correlata al livello di raggiungimento degli obiettivi e ai risultati conseguiti, il sistema premiante relativo ai successivi punti:

1. l'appropriatezza nella prescrizione e nel consumo dei farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e muscoloscheletrici ;
2. il ricorso appropriato alla diagnostica specialistica per immagini e ai ricoveri ospedalieri.

In particolare l'ASL impegna indicativamente un budget complessivo di 987.000,00 euro per l'anno 2004 per finanziare i seguenti Progetti Organizzativi ed Assistenziali:

NCP (Referenti): € 84.000

Prestazioni aggiuntive : € 50.000

Diabete: € 475.000

A.D.I.:€ 178.000

Vaccinazioni: € 200.000

Il perseguimento di una migliore appropriatezza di utilizzo dei farmaci antipertensivi è incentivato con la disponibilità di un budget complessivo indicativamente di € 443.000 la cui corresponsione avviene nei confronti dei singoli medici in relazione ai risultati conseguiti.

Nel corso del 2004 saranno inoltre messi a punto e sperimentati le procedure ed i protocolli per il consumo appropriato dei farmaci ipolipemizzanti e muscoloscheletrici.

L'eventuale recupero di risorse conseguente alla riduzione del consumo di attività diagnostica per immagini e di ricoveri extra provinciali (mobilità passiva) verrà messo a disposizione dei NCP nella misura del 50% del valore complessivo ( vedi cap.6 E punto 3 ).

## **8. 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.

La remunerazione dei MMG per la partecipazione al CA, ai Tavoli Tecnici ed alle Commissioni paritetiche per la verifica dei risultati corrisponde a quanto previsto dall'Accordo Regionale Attuativo del Capo VI dell'ACN (art.9).

Per la sperimentazione farmaceutica di fase III e IV, dopo la valutazione del CA, le parti concorderanno di volta in volta i benefit da erogare ai MMG sperimentatori.

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

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

Le parti concordano di valutare, nell'arco della durata del presente Accordo, la possibilità di erogare ai MMG aderenti all'Accordo, un contributo a sostegno delle spese di raccolta e smaltimento dei rifiuti speciali previa dimostrazione dell'esistenza di un contratto di smaltimento rifiuti in essere.

Le parti concordano inoltre di valutare entro il 31 marzo di ogni anno, le risorse aggiuntive per sviluppare ulteriori PA (asma-bpco, polmoniti, dispepsia, screening tumori, disagio psichico, ecc.), e gestione di strutture complesse (Hospice, RSA, Ospedale di Comunità o Country Hospital).

Ferrara 3 maggio 2004

Letto e approvato

Per l'Azienda USL Ferrara

Per lo SNAMI