



ACCORDO AZIENDALE per l'anno 2016

**tra l'Agenzia per la Tutela della Salute 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 –
Governo Clinico 2016

Richiamata la D.G.R. X/4702 del 29/12/2015 che ha definito le Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2016;

Richiamata la nota regionale prot. G1.2016.0003703 dell'1/02/2016 ad oggetto "Indicazioni operative a seguito della proroga degli AIR MMG e PLS 2015 de della costituzione delle ATS";

Richiamata la D.G.R. X/3024 del 16/01/2015 che ha recepito la proposta di nuovo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Medicina Generale per l'anno 2015, siglato in data 31 dicembre 2014;

Visto che il suddetto A.I.R., in tema di Governo Clinico 2015, prevedeva che le ex AA.SS.LL. individuassero almeno due progetti, tra le progettualità di seguito indicate:

- 1) aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici;
- 2) budget ADP per pazienti cronici/fragili individuati dall'ASL e verificati da MMG nei limiti previsti dall'ACN in vigore
- 3) adesione misurabile ai PDTA ASL/Regionali su malattie croniche
- 4) appropriatezza di prescrizione specialistica ambulatoriale (in particolare TAC, RMN e prestazioni di radiologia in genere) rispetto al target di pazienti: partecipazione dei MMG a iniziative di informazione e formazione volte a conoscere e a valutare nella pratica clinica i parametri definiti a livello regionale;
- 5) prescrizione on line su Assistenza RL della protesica non personalizzata;
- 6) partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina;
- 7) partecipazione attiva alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili

Richiamata la dichiarazione congiunta alla proposta citata in premessa, sottoscritta in data 13/01/2015;

Preso atto che in detta dichiarazione, si precisa che il Medico di Assistenza Primaria, ai fini della remunerazione del compenso, è obbligato ad aderire ad un solo progetto;

Richiamato, quanto disposto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 testo integrato con l'ACN 2009;

Preso atto che nella seduta del 28/01/2016 il Comitato Aziendale permanente per la Medicina Generale ha delegato a definire i progetti di Governo Clinico per l'anno 2016, i Capi delegazioni delle OO.SS. di categoria e la Parte Pubblica ATS-BG;

Preso atto che nell'incontro del 18/02/2016 fra i Capi delegazioni delle OO.SS. di categoria e la Parte Pubblica ATS-BG sono stati individuati i progetti di Governo Clinico, nell'ambito delle progettualità indicate dall'A.I.R. 2015;

Preso atto che i progetti di Governo Clinico saranno soggetti alla 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 Welfare di Regione Lombardia;

Richiamata la D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010 "*Regole 2011*" e successive D.G.R. con le quali l'ex ASL della provincia di Bergamo (attuale AST-BG) era stata individuata e confermata con D.G.R. 3939 /2015 tra le ex AA.SS.LL. in cui attivare il progetto Chronic Related Group (CReG);

Preso atto che tale progetto è stato assegnato alla Società Cooperativa SRL IML - cui risultano associati n° 165 MAP di questa provincia - è necessario tener conto, nell'ambito della definizione dell'Accordo di Governo Clinico 2016, di detta sperimentazione, pertanto

si conviene

di procedere alla stipula dell'Accordo Aziendale per la Medicina Generale per l'anno 2016, come segue:

GOVERNO CLINICO

Al fine del pagamento del previsto compenso di € 3,08/assistito/anno [disposto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 testo integrato con l'ACN 2009] è fatto obbligo a ciascun Medico di Assistenza Primaria di scegliere un solo progetto fra i seguenti, suddivisi per progettualità. Nulla vieta al Medico di partecipare a più progetti. Tuttavia, il compenso previsto non subirà variazione.

A) PROGETTUALITA' - "Adesione misurabile ai PDTA AST/Regionali su malattie croniche":

- Progetto "La gestione integrata del paziente con diabete" (**allegato 1**);
- Progetto "La Diagnosi ed il monitoraggio della Malattia Celiaca" (**allegato 2**)
- Progetto "La Gestione del paziente con Scompenso Cardiaco" (**allegato 3**)
- Progetto "La gestione integrata del paziente affetto da artrite reumatoide" (**allegato 4**)

B) PROGETTUALITA' - "Partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina":

- Progetto "Governo della prevenzione – screening oncologici" (**allegato 5**).

ADESIONE

L'adesione al progetto di Governo Clinico dovrà essere effettuata compilando la "scheda di adesione" (**allegato 6**), da consegnare/inviare al proprio ex Distretto di afferenza entro il **18/03/2016**. Non saranno accettate adesioni successive alla data di scadenza. Nel corso dell'anno non sarà consentito cambiare l'adesione effettuata.

L'adesione al Governo Clinico dovrà essere formalmente effettuata anche dai Medici aderenti al CReG, specificando a quale tra i progetti proposti vogliono aderire.

Nell'eventualità in cui il Medico aderente alla sperimentazione CReG scelga di partecipare alla progettualità "Adesione misurabile a PDTA ATS/Regionali su malattie croniche", in tal caso assolverebbe agli adempimenti relativi al progetto con l'invio dei flussi informativi operato dal provider CReG, nella misura e con le modalità che l'ATS definirà con il provider CReG.

Qualora invece il Medico aderente al CReG optasse per altra progettualità, allora dovrebbe inviare i relativi indicatori, così come specificato nel progetto.

Non possono aderire i Medici con incarico provvisorio.

Per i Medici che si trasferiranno all'interno del territorio provinciale e/o si inseriranno dopo la scadenza fissata del 18/03/2016, sarà accettata l'adesione consegnata/inviata all'ex Distretto di appartenenza, **entro un mese dall'inserimento/trasferimento**. A tali Medici sarà liquidata una quota proporzionale al periodo di Servizio, nei tempi e con le modalità che saranno indicate dalla Regione.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale le quote, di cui al comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN 2005 - testo integrato con l'ACN 2009, saranno corrisposte limitatamente ai mesi di effettiva attività, con riferimento al numero di scelte in carico nel mese precedente la cessazione, purché siano stati conferiti i dati previsti dal progetto a cui il Medico ha aderito.

I Medici Convenzionati, come previsto dal comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009, si devono impegnare a trasmettere il flusso informativo, finalizzato alla governance del SSR, tramite il sistema informatico Aziendale e/o Regionale.

Pertanto, i dati relativi ai progetti, qui contemplati, saranno da loro trasmessi tramite gli specifici applicativi messi a disposizione dall'ATS.

COMPENSO:

Per gli obiettivi previsti dal progetto a cui il Medico di Assistenza Primaria ha aderito, il compenso previsto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN – pari a € 3,08/Assistito/anno – sarà erogato come segue:

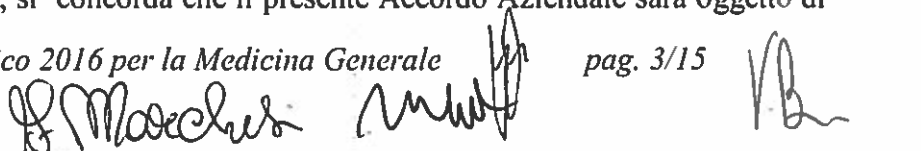
- ❑ **quota 50% della somma prevista, entro il mese di giugno 2016, fatta salva diversa indicazione regionale;**
- ❑ **quota a saldo sarà corrisposta previa verifica da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale, in base alle indicazioni temporali che verranno comunicate da Regione Lombardia.**

In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo, si rimanda a quanto previsto dal progetto a cui il MAP ha aderito.

DICHIARAZIONE FINALE

- ◆ In applicazione ai criteri definiti nell'Accordo Integrativo Regionale 2007, **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 con l'Accordo Integrativo Regionale recepito con la D.G.R. X/3024 del 16/01/2015, si concorda che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di



rinegoziazione o di revisione: a seguito di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Welfare di Regione Lombardia.

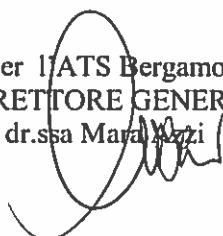
Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo,

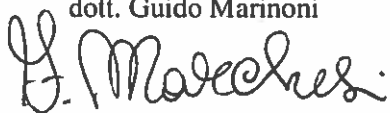
PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Giorgio Barbaglio



Per I/ATS Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa Mara Agazzi



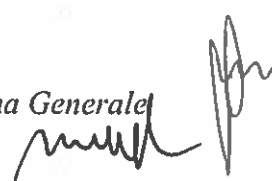
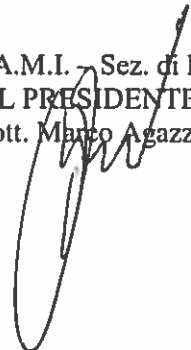
Per F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
X IL SEGRETARIO PROVINCIALE
dott. Guido Marinoni



Per SMI
IL SEGRETERIO PROVINCIALE
dott. Marcello Brambilla

Per Intesa Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE SIMET
dott. Giancarlo Testaquatra

Per S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo
IL PRESIDENTE
dott. Mario Agazzi



PROGETTUALITA' - "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche":

Progetto "La gestione integrata del paziente con diabete"

Visti i positivi risultati nei confronti degli Assistiti, nell'utilizzo appropriato delle risorse del SSR e nel riposizionamento delle prestazioni al livello di erogazione appropriata, il progetto viene confermato anche per l'anno 2016.

Ciò permetterà di valorizzare 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.

Il PDT può essere consultato al seguente indirizzo:

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855cd52c1256bc00052adfa/561e9cc5eb5010a6c1257ac2004c703d?OpenDocument

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, attualmente in vigore;
2. presa in carico effettiva ed attiva, secondo quanto definito nel PDT, di tutti i Pazienti che hanno dato il consenso con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico, segnalati dal Diabetologo come idonei alla "gestione integrata";
3. gestione del Paziente, secondo quanto previsto nel PDT "Gestione integrata del Paziente con diabete";
4. prevenzione ed educazione del paziente con diabete, mediante la consegna del materiale educativo su "autogestione della malattia", "attività fisica" e "dieta", previsto dal PDT;
5. 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:

- 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 condivideranno 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 i primi giorni del mese di giugno, 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'ATS 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;
- ❑ trasmissione delle "schede indicatori", esclusivamente tramite SISS, mediante l'applicativo predisposto dall'ATS e già in uso.

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

- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 giugno 2016, con inoltro entro il 15/9/2016 e comunque non oltre tale data: 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), **Allegato D.1**;
- per il periodo 1 luglio 2016 – 31 dicembre 2016, con inoltro entro il 18 gennaio 2017:
 - 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, la data d'inizio per i pazienti posti in gestione integrata), **Allegato D.2**;
 - trasmissione annuale degli indicatori "obbligatori" della scheda indicatori, di cui all'Allegato D.2

[Firma]

[Firma]

[Firma]

Qualora, per motivazioni da giustificare, il Medico dovesse conferire le schede a mezzo cartaceo, è preferibile che i rispettivi elenchi vengano predisposti con scrittura meccanica, per consentire la corretta individuazione del paziente. Nel caso in cui il Medico non avesse alcun paziente in gestione integrata, dovrà essere apposta sulla scheda la seguente dicitura “zero pazienti in gestione integrata”.

COMPENSO

Per il conferimento della “scheda indicatori D1” debitamente compilata in ogni sua parte, sarà erogato il 50% del compenso previsto quale acconto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

Per il conferimento della scheda D2, verrà liquidato il saldo del 50% del compenso previsto. Tale compenso a saldo, sarà erogato in proporzione percentuale ai pazienti in gestione integrata sottoposti a visite, nell’anno 2016, rispetto al n° totale dei pazienti in gestione integrata in carico al Medico.

Modalità di calcolo:

il numero dei pazienti in gestione integrata visti dal Medico di Assistenza Primaria, tramite il conferimento delle schede indicatori allegati D1 e D2 (parte A), sarà rapportato al numero totale dei “pazienti in gestione integrata” in carico al Medico al 31/12/2015 (sarà decurtato il numero di eventuali pazienti cessati nel corso del 2016, se ciò sarà specificato dal Medico con le modalità previste dall’applicativo).

Pertanto, in base alla percentuale raggiunta, il saldo verrà erogato nella seguente misura:

percentuale	100-55	→ erogazione del 100% del saldo
percentuale	54-50	→ erogazione del 90% del saldo
percentuale	49-45	→ erogazione del 80% del saldo
percentuale	44-40	→ erogazione del 70% del saldo
percentuale	39-35	→ erogazione del 60% del saldo
percentuale	34-30	→ erogazione del 60% del saldo
percentuale	< 30%	→ erogazione del 0% del saldo

Le percentuali si calcolano sulla base dell’elenco dei pazienti in gestione integrata, fornito dal Dipartimento Cure Primarie ai Medici aderenti al progetto. In assenza di tale elenco, sarà valutato il solo elenco fornito dal Medico.

La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del saldo

Nulla viene variato per quanto attiene i Medici che partecipano alla sperimentazione CreG, che assolvono agli adempimenti relativi al progetto, con l’invio dei flussi informativi dei pazienti in sperimentazione, nella misura e con le modalità definite dall’ATS in accordo con il provider CreG. Qualora un Medico aderente a progetto CREG dovesse ritirarsi dallo stesso, dovrà rispettare, in rapporto al periodo di riferimento, gli stessi requisiti previsti per il MAP non partecipante al CREG.

PROGETTUALITA' - "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche":**Progetto "La Diagnosi ed il monitoraggio della Malattia Celiaca"****PREMESSA**

La malattia celiaca (MC) è definita come una condizione permanente di intolleranza al glutine presente in alcuni cereali – frumento, orzo e segale- che, in soggetti geneticamente predisposti, conduce a tipiche alterazioni della mucosa intestinale, caratterizzate da atrofia dei villi, iperplasia delle cripte e presenza di infiltrato infiammatorio. Tali alterazioni sono reversibili, con ripristino della normale morfologia della mucosa, eliminando completamente il glutine dalla dieta, per ripresentarsi con le stesse caratteristiche qualora il glutine venga reintrodotta nell'alimentazione.

Sulla base dei criteri epidemiologici e analizzando il registro delle ATS relativo alle certificazioni rilasciate per l'acquisto di prodotti senza glutine, risulta che in Italia circa il 70% dei pazienti celiaci è attualmente non diagnosticato. Questo ritardo diagnostico comporta conseguenze ad elevato impatto sociale, perché il paziente celiaco non trattato con la dieta aglutinata è maggiormente soggetto a sviluppare neoplasie intestinali ed altre patologie, soprattutto autoimmuni, comportanti una riduzione della qualità/quantità della vita.

Il documento "La diagnosi e il monitoraggio della Malattia Celiaca – Percorso Diagnostico Terapeutico –, attualmente in vigore, ha le seguenti finalità:

- fornire delle linee guida che permettano l'identificazione del maggior numero di celiaci, riducano al minimo le mancate diagnosi ed eliminino nel contempo le "false diagnosi", attraverso l'utilizzo di test di semplice esecuzione richiesti in modo preventivamente concordato;
- disegnare dei protocolli diagnostici comuni a tutti i laboratori, siano essi pubblici o privati, chiamati a supportare il medico richiedente nel confermare/escludere un sospetto di malattia celiaca; tali protocolli devono tenere conto delle acquisizioni scientifiche basate sull'evidenza, ma anche della necessità di ottimizzare le risorse disponibili.
- indicare un percorso comune e standardizzato per la gestione del paziente celiaco, con particolare riguardo alla corretta impostazione della dieta e al monitoraggio della compliance nei confronti della stessa, al controllo dell'insorgenza delle possibili complicanze e patologie associate, alla valutazione dei familiari per l'identificazione precoce dei casi asintomatici.

Nell'ambito delle azioni, dunque, di miglioramento della Qualità delle Cure Primarie ed in linea con la progettualità "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche" prevista dall'A.I.R. per la Medicina Generale 2015 i Medici di Assistenza Primaria parteciperanno al presente progetto effettuando le seguenti attività:

1. adesione al PDTA “La diagnosi e il monitoraggio della Malattia Celiaca – Percorso Diagnostico Terapeutico”, il PDTA può essere consultato al seguente indirizzo:

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855ed52c1256bc00052adfa/cd4ab7852eabd2fbc1257c7c004a20c1?OpenDocument

2. presa in carico e gestione del Paziente con sospetto di malattia celiaca, con manifestazioni cliniche strettamente associate con MC e soggetti appartenenti a categorie a rischio per MC in applicazione del PDTA;

3. gestione e monitoraggio del paziente con accertata malattia celiachia, in applicazione del suddetto PDTA.

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

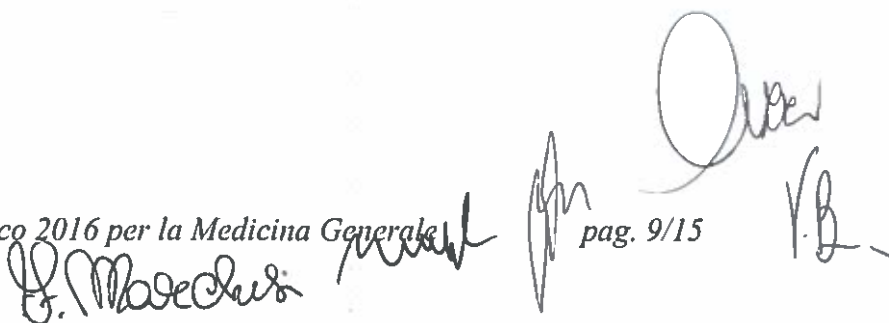
- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 giugno 2016, con inoltro entro il **15/9/2016** e comunque non oltre tale data (Allegato C.1);
- per il periodo 1 luglio 2016 – 31 dicembre 2016, con inoltro entro il **18 gennaio 2017** e comunque non oltre tale data (Allegato C.2);

COMPENSO

Per il conferimento della scheda indicatori allegato C.1), debitamente compilata in ogni sua parte, sarà erogato il 50% del compenso previsto dall'Accordo Aziendale, quale acconto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

Per il conferimento della scheda indicatori allegato C.2), verrà liquidato il saldo del 50% del compenso previsto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

.....



PROGETTUALITA' - "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche":**Progetto "La gestione del paziente con Scompenso Cardiaco"****PREMESSA**

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa definita come riduzione protratta della funzione cardiaca tale da non soddisfare le richieste metaboliche dei tessuti durante l'attività o nelle condizioni più severe, a riposo.

L'incidenza dello scompenso sintomatico è 0,5%-1% e la prevalenza 1-2%. La disfunzione asintomatica del ventricolo sinistro ha una prevalenza, nella popolazione adulta, che varia dall'1% al 5%, a seconda della prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare in quella popolazione. Prevalenza ed incidenza dello scompenso cardiaco aumentano in modo quasi esponenziale con l'età, per questo motivo l'età media d'insorgenza dei sintomi si colloca intorno ai 76 anni. Lo scompenso cardiaco è la causa principale di ricovero ospedaliero tra la popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il PDTA "La Gestione del paziente con scompenso cardiaco" ha lo scopo di:

- Migliorare l'individuazione del paziente con scompenso cardiaco definendo:
 - L'approccio organizzativo assistenziale ed i criteri di gestione integrata del paziente;
 - Il percorso diagnostico, i livelli di intervento e le modalità di follow-up;
 - Gli indirizzi dell'intervento farmacologico.
- Fornire ai Medici di Assistenza Primaria e agli Specialisti una guida condivisa per la gestione del paziente con Scompenso coerente con le indicazioni della letteratura internazionale che favorisca l'uniformità, l'appropriatezza e la qualità di assistenza su tutto il territorio dell'ATS.

Nell'ambito delle azioni di miglioramento della qualità delle Cure Primarie ed in linea con la progettualità "Adesione misurabile di PDTA ATS/Regionali su malattie croniche" prevista dall'A.I.R. per la Medicina Generale per l'anno 2015, i Medici partecipano al presente progetto effettuando le seguenti attività, compatibilmente con il quadro clinico e la compliance degli assistiti:

1. adesione al PDT "La gestione del paziente con Scompenso Cardiaco", che si svilupperà secondo la procedura concordata con gli Specialisti di tutte le Strutture Accreditate Pubbliche e Private della provincia di Bergamo, attualmente in vigore;

Il PDT può essere consultato al seguente indirizzo:

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855ed52c1256bc00052adfa/73810eadfacbddd9bc1257ac2004cab95?OpenDocument

2. presa in carico e gestione effettiva ed attiva, secondo quanto definito nel PDT, di tutti i Pazienti con scompenso;
3. educazione del paziente e dei familiari, previsto dal PDT.

Il progetto prevede la raccolta dei dati riferiti a tutti i pazienti scompensati assistiti dal MAP e l'invio degli indicatori previsti.

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

- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 aprile 2016, con inoltro entro il 10/05/2016 e comunque non oltre tale data: invio della scheda indicatori TEMPO UNO (Allegato T.1)
- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 settembre 2016, con inoltro entro il 10/10/2016 e comunque non oltre tale data: invio della scheda indicatori TEMPO DUE (Allegato T.2)
- per il periodo 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016, con inoltro entro il 18/01/2017 e comunque non oltre tale data: invio della scheda indicatori TEMPO TRE (Allegato T.3)

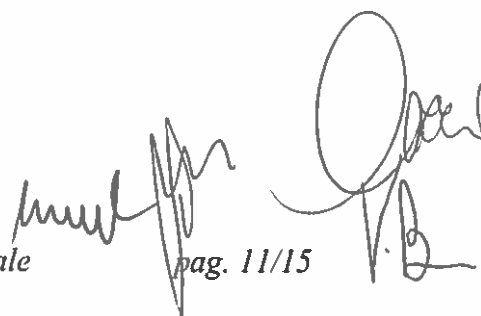
COMPENSO

Per il conferimento delle schede indicatori T.1 e T.2, debitamente compilate in ogni parte, sarà erogato il 50% del compenso previsto quale acconto. Le schede incomplete non saranno ritenute valide al fine del pagamento del compenso.

Per il conferimento della scheda indicatori T.3, debitamente compilata in ogni sua parte verrà erogato il saldo.

La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine della liquidazione del saldo.





PROGETTUALITA' - "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche":**Progetto "La gestione integrata del paziente affetto da artrite reumatoide"****PREMESSA**

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune ad eziologia sconosciuta, caratterizzata da una poliartrite simmetrica. La storia naturale della malattia porta ad un danno articolare evolutivo, a sviluppo di disabilità e incremento della mortalità.

Negli ultimi decenni, è stato dimostrato che la diagnosi precoce e una terapia precoce intensiva calibrata sui fattori prognostici e sulla risposta clinica, si traduce in un migliore esito clinico, con la possibilità di arrestare la progressione della malattia, anche grazie alla disponibilità di nuovi farmaci efficaci.

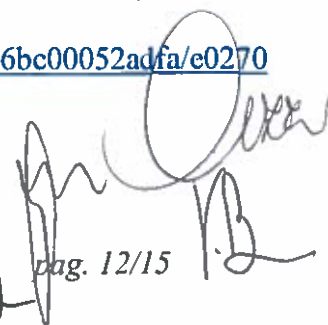
Il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Gestione Integrata in Lombardia dell'Artrite Reumatoide" - elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico (G.A.T.), istituito presso la Direzione Generale Salute – ha la finalità:

- di migliorare le condizioni di salute e la qualità di vita degli assistiti affetti da Artrite Reumatoide, attraverso la messa a disposizione dei diversi attori coinvolti, di uno strumento organizzativo, clinico e assistenziale condiviso e aggiornato rispetto alle evidenze scientifiche;
- rappresenta la premessa per creare, nel contesto lombardo, una rete gestionale integrata per la cura di tale rilevante patologia e per garantire continuità diagnostico-terapeutico-assistenziale ai malati che ne sono affetti;
- individua modalità operative che consentano l'integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche per assicurare l'appropriatezza e la continuità assistenziale del paziente con AR;
- è rivolto ai Medici di Assistenza Primaria e agli Specialisti che operano in Lombardia.

Nell'ambito delle azioni, dunque, di miglioramento della Qualità delle Cure Primarie ed in linea con la progettualità "Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche", prevista dall'A.I.R. per la Medicina Generale 2015, i Medici di Assistenza Primaria parteciperanno al presente progetto effettuando le seguenti attività:

1. adesione al PDTA "La gestione integrata del Paziente affetto da Artrite Reumatoide", il PDTA può essere consultato al seguente indirizzo:

http://www2.asl.bergamo.it/portale/libreria_medici.nsf/6cea06ffd855ed52c1256bc00052adfa/e027073f49e1df05c1257ced003a831a?OpenDocument

2. gestione del Paziente affetto da artrite reumatoide, secondo quanto definito dal PDTA, in particolare nelle tre fasi principali, in cui esso si articola:
- percorso integrato reumatologo/MAP all'esordio della malattia;
 - percorso integrato reumatologo/MAP durante il follow-up dei pazienti in trattamento farmacologico convenzionale;
 - percorso integrato reumatologo/MAP durante il follow-up dei pazienti in trattamento farmacologico biologico.

Il progetto prevede la raccolta dei dati riferiti ai pazienti affetti da artrite reumatoide e l'invio degli indicatori previsti nelle schede allegate (allegati AR.1 e AR.2). A tal fine di consentire ai MAP un adeguato e attivo monitoraggio di tali pazienti, verrà inviato l'elenco degli esenti al 31/12/2015, per tale patologia.

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

- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 giugno 2016, con inoltro entro il **15/9/2016** e comunque non oltre tale data (Allegato AR.1);
- per il periodo 1 luglio 2015 – 31 dicembre 2015, con inoltro entro il **18 gennaio 2017** e comunque non oltre tale data (Allegato AR.2);

COMPENSO

Per il conferimento della scheda indicatori allegato AR.1), debitamente compilata in ogni sua parte, sarà erogato il 50% del compenso previsto dall'Accordo Aziendale, quale acconto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

Per il conferimento della scheda indicatori allegato AR.2), verrà liquidato il saldo del 50% del compenso previsto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

H. Marchesi

[Signature]
[Signature]
[Signature]

PROGETTUALITA' – “Partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina”:

Progetto “Governo della prevenzione – screening oncologici”

I Medici partecipanti al progetto sensibilizzeranno alla promozione degli screening oncologici colon retto, mammella e alla prevenzione del tumore della cervice uterina, i pazienti propri assistiti che non hanno risposto alla chiamata attiva del Servizio Medicina Preventiva di Comunità dell'ATS di Bergamo.

Entro le seguenti date, il suddetto Servizio predisporrà gli elenchi dei pazienti da sensibilizzare, rispettivamente nel 1° e nel 2° semestre 2016:

- **il 31/03/2016** - riferito ai cittadini che non hanno risposto alle chiamate effettuate al 31/12/2015;
- **il 30/06/2016** - riferito ai cittadini che non hanno risposto alle chiamate effettuate nel periodo gennaio – maggio 2016.

SCREENING COLON RETTO:

Il MAP consegnerà copia della “lettera sostituiva” modello al suo paziente in elenco, che vorrà sottoporsi allo screening .

Nel caso di adesione del paziente, il MAP gli comunicherà che potrà ritirare il kit per la determinazione del sangue occulto fecale c/o una delle farmacie della provincia. La successiva consegna del campione avverrà, da parte dell'utenza, c/o una delle farmacie della provincia di Bergamo.

SCREENING MAMMOGRAFICO:

Il MAP consegnerà copia della “lettera sostituiva” modello alla sua paziente in elenco, che vorrà sottoporsi allo screening, fornendole il n. verde **800 512330** del Centro screening. La paziente, contattando tale numero, potrà ricevere da personale qualificato ulteriori informazioni e la prenotazione dell'esame.

PREVENZIONE TUMORE DELLA CERVICE UTERINA:

Il MAP sensibilizzerà le proprie assistite che, nell'arco degli ultimi tre anni, non hanno effettuato il Pap-test ad eseguirlo. Nel caso in cui la paziente volesse eseguirlo, il MAP redigerà la prescrizione sul ricettario del SSR, apponendo il codice esenzione “D02”.

Il Medico aderente al progetto, raggiungerà l'obiettivo qualora dimostri di aver contattato il 20% dei suoi pazienti indicati negli elenchi che gli sono stati inviati dall'ATS. A tal fine consegnerà all'Ex Distretto di afferenza le rispettive schede di rendicontazione semestrale.

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

- per il periodo 1 gennaio 2016 – 30 giugno 2016, con inoltro entro il 15/9/2016 e comunque non oltre tale data (Allegato SO.1);

- per il periodo 1 luglio 2016 – 31 dicembre 2016, con inoltro entro il 18 gennaio 2017 (Allegato SO.2);

L'ATS si riserva una verifica a campione del dato rendicontato.

COMPENSO

Per il conferimento della scheda indicatori allegato SO.1), debitamente compilata in ogni sua parte, sarà erogato il 50% del compenso previsto dall'Accordo Aziendale, quale acconto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

Per il conferimento della scheda indicatori allegato SO.2), verrà liquidato il saldo del 50% del compenso previsto. La scheda incompleta non sarà ritenuta valida al fine del pagamento del compenso.

.....

