

PLS- SINTESI ACCORDO 2010-2011 – 22 Luglio 2010

ISTITUTO CONTRATTUALE	SITUAZIONE ATTUALE	PROSPETTIVA	NOTE
<p><b>§1</b> <b>ASSOCIAZIONISMO</b> <b>ASSOCIAZIONISMO "SEMPLICE"</b> (Pedatria in associazione, ex ART.2.2 AIR 2004 e ART.52 c.10 ACN 2009)</p>	<p><b>55% degli assistiti</b> <b>€ 8,0/assistito/anno</b></p>	<p><b>+ 10% dell' associazionismo semplice</b> <b>(fino a 65%)</b></p>	<p>E' stato previsto nel pre-accordo siglato nel 2009 l'incremento del tetto della Pedatria in associazione al 55%, riconoscendo di fatto, fino al 31/12/2009, le associazioni che si erano costituite dopo il 2004, cui non era stata riconosciuta l'indennità. <b>Il tetto per l' associazionismo semplice è stato incrementato di un ulteriore 10%.</b></p>
<p><b>ASSOCIAZIONISMO IN GRUPPO</b> (Pedatria in gruppo, ex ART.2.21AIR 2004) e ART.59 c.18 ACN 2009)</p>	<p><b>10% degli assistiti</b> <b>€ 9,00/assistito/anno</b></p>		<p>E' stato previsto nel pre-accordo siglato nel 2009 l'incremento del tetto della Pedatria in gruppo al 10%, riconoscendo di fatto, fino al 31/12/2009, le associazioni che si erano costituite dopo il 2004, cui non era stata riconosciuta l'indennità.</p>
<p><b>§2 INTEGRAZIONE FUNZIONALE CON PTA-DISTRETTO SU GOVERNO CLINICO (PER SPECIFICI TARGET DI PAZIENTI)</b></p>	<p><b>€ 3,08/assistito/anno</b> (da Quota Ponderata Variabile, assegnata dall'ACN alla realizzazione di programmi di governo clinico – art. 58.l.B,c.14 e 15)</p>	<p><b>+ 0,92 euro/paziente/anno</b> Si incrementa a 4,00 euro/assistiti/anno la quota ponderata variabile destinata al governo clinico</p>	<p>Per l'anno 2010, il PLS deve contribuire alla creazione di un "Registro" distrettuale e aziendale di target selezionati di pazienti (Diabete Mellito, obesità, eventuali altre problematiche che saranno definite nel testo definitivo dell'AIR) e deve attivare la "gestione integrata" di tali pazienti con strutture assistenziali distrettuali e ospedaliere secondo percorsi assistenziali concordati. Il PLS seleziona i propri pazienti dei target suddetti anche tramite lo strumento "Bilanci di salute". Attualmente la gestione dei bilanci di salute risponde solo in parte alle finalità per le quali era stato introdotto: se da una parte infatti costituisce uno strumento fondamentale nella "lettura dello stato di salute" da parte del PLS sul singolo assistito, d'altra parte il mancato invio ai distretti dei dati rilevati in occasione dei bilanci non consente di utilizzarlo come "elemento essenziale per la lettura dello stato di salute di tutta la popolazione (con l'individuazione di tutte le maggiori problematiche dell'età infantile),</p>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*Handwritten signature at the top of the page.*

	AFT- AGGREGAZIONI	E' prevista la figura del Coordinatore AFT, per cui è previsto il compenso forfetario	<p>[...] nell'ambito della programmazione delle attività distrettuali, per programmare adeguati e tempestivi interventi e controllare il percorso assistenziale delle patologie di più rilevante interesse sociale" [AIR 2004]</p> <p>I dati rilevati durante le visite "filtro" nei bilanci di salute saranno pertanto trasmessi ai distretti per raggiungere le finalità sopra citate. E' possibile programmare, da parte del tavolo tecnico regionale, una <b>revisione degli elementi da valutare nei singoli bilanci</b> alla luce dei percorsi assistenziali selezionati.</p> <p>Il PLS "registra" (<b>Scheda di start up</b>) i propri pazienti dei target suddetti li invia allo "Sportello" [del paziente cronico] del PTA /Poliambulatorio che svolgerà le funzioni di registrazione e indirizzamento verso i servizi appropriati: Centri diabetologici, NPI ed eventuali altri servizi aziendali (Servizio sociale, Servizio di Psicologia, Educazione alla salute, etc) per la costruzione di un piano di cura integrato.</p> <p>Il PLS riceve il Piano di Cura indicato dallo Specialista (nell'ambito di percorsi precedentemente concordati) e garantisce una gestione attiva dell'assistenza, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- il rispetto delle visite previste nel Piano di Cura concordato con lo Specialista;</li><li>- il richiamo attivo del paz. ai controlli periodici;</li><li>- la partecipazione ai Piani di cura dei pazienti eventualmente gestiti in <i>day service</i>;</li><li>- la partecipazione a programmi di educazione dei pazienti e dei <i>caregiver</i> familiari.</li></ul> <p>Per il sistema di verifica, nell'anno 2010 si utilizzeranno indicatori di processo, nel 2011 si inseriranno indicatori di esito intermedio (nelle more della realizzazione di un sistema informativo unico MMG/PLS-Distretto, si utilizzerà un "Registro informatico" presso il PTA-Distretto e si consegnerà ai pazienti in Gestione Integrata un Libretto-paziente).</p> <p>Vedi Scheda esplicativa</p>
--	----------------------	---	---

*Handwritten signature in the bottom left corner.*

*Handwritten mark or signature in the bottom right corner.*

<p><b>\$3 NUOVE FORMULE AGGREGATIVE</b> (ex art. 26 bis e ter)</p>	<p>FUNZIONALI TERRITORIALI UCCP- Unità Complessa di Cure Primarie Coordinamento AFT</p>	<p>di € 2.400 (duemilaquattrocento) per anno, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Per il Coordinatore delle UCCP, si fa riferimento al referente unico MMG.</p>	
<p><b>\$4 PUNTO DI PRIMO INTERVENTO (PPI) PEDIATRICO</b> (prefestivo e festivo diurno)</p>	<p>NESSUNO</p>	<p><b>E' previsto un compenso orario di 50 euro/ora comprensivi di oneri.</b></p>	<p>La Regione intende assicurare un'assistenza specialistica pediatrica sul territorio anche il sabato e la domenica, inizialmente nelle ore diurne. Si attiveranno un massimo di 62 punti (uno per distretto, con l'eccezione dei distretti cittadini) per 20 ore settimanali (dalle 10 alle 20.00 i giorni di sabato e domenica).</p>
<p><b>\$5 REVISIONE DELLE PPP</b></p>	<p>v. AIR 2004</p>	<p>Revisione del PPP rispetto all'accordo del 2004 con: - Riduzione della quota relativa alle campagne vaccinali da 500.000 euro a 100.000 euro - Aumento delle prestazioni aggiuntive da 350.000 a 500.000 secondo un elenco che sarà allegato all'AIR. - Aumento dell'istituto ADI ADP ADR da 50.000 a 300.000.</p>	
<p><b>\$6 DEBITO INFORMATIVO DEL PLS</b></p>	<p>nessuno</p>	<p><b>PRECONDIZIONE</b> per la partecipazione ai programmi e per l'accesso agli incentivi previsti dall'AIR è il pieno assolvimento, da parte del PLS singolo o in associazione, al DEBITO INFORMATIVO I richiesto dall'ASP e dalla Regione.</p> <p>Nelle more del pieno sviluppo di un sistema informativo in grado di mettere effettivamente in rete le diverse parti ed i differenti attori del sistema, il PLS e la singola Associazione saranno chiamati a garantire al sistema la produzione di dati "di base" e di report periodici.</p> <p>I dati sono necessari per sostenere i processi di pianificazione strategica regionale, aziendale e distrettuale e per permettere il corretto funzionamento dei sistemi di verifica. La produzione dei dati da parte del PLS, prevista dall'ACN, è uno strumento naturale del rapporto e non prevede specifica retribuzione. Le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali (secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 13 bis ACN-2009)</p>	

*Prosecco*

*[Handwritten signature]*

<p><b>§7 PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DEL RICETTARIO</b></p>	<p>nessuno</p>	<p>Il PLS (ex art. 97 della LR 11 del 12/03/10) deve segnalare sempre la diagnosi, deve bifrare il <b>grado di priorità</b> e segnalare le prescrizioni indotte (l'Assessorato emanerà una specifica procedura) nel momento in cui effettua la richiesta di una prestazione specialistica. Ciò al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'accessibilità ai servizi secondo un grado di priorità, ed al fine di migliorare i tempi di attesa e di dare evidenza alle "prestazioni indotte". L'ASP, attraverso l'UCAD effettuerà delle verifiche periodiche e di queste invierà un report trimestrale al Comitato Regionale per la Pediatria</p>
<p><b>§8 ASSISTENZA DOMICILIARE e LE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO (PIPI)</b></p>		<p>Questi sono ambiti di particolare importanza per quanto riguarda il disegno di prevenzione dell'ospedalizzazione e di deospedalizzazione, oltre che di soddisfacimento di bisogni "sommersi" che, se non soddisfatti, rischiano di peggiorare la qualità della vita dei pazienti fragili e delle loro famiglie. Sono ambiti complessi sui quali non esistono dati completi che permettano da subito una rivisitazione critica dell'area. Pertanto, i PLS e le Associazioni si impegnano a gestire queste aree al massimo delle loro potenzialità in termini di piena partecipazione alle attività di Assistenza Domiciliare Integrata in piena integrazione con le Unità di Valutazione Multidimensionale. Per quanto riguarda l'ADP- Assistenza Domiciliare Programmata e le PPIP- Prestazioni di Particolare Impegno, i PLS e le loro Associazioni si impegnano ad un'attenta selezione dei casi ed all'applicazione di criteri di appropriatezza, facendo in modo che tali strumenti possano incidere al massimo in un'area molto importante per gli obiettivi di riduzione dell'uso improprio dell'ospedale, che la Regione si pone.  Nel corso del 2010, oltre un sistematico controllo di tali attività da parte delle ASP, sarà effettuata una rilevazione mirata di dati finalizzata ad una rivisitazione critica dell'area ed alla ridefinizione dell'attuale allocazione delle risorse.</p>

*Luciano*

*Giuseppe*

*de*

## AFT e COORDINATORE

Il Coordinatore dei nuclei di AFT sarà individuato sulla base di criteri definiti dal Tavolo negoziale regionale ed assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni:

- Il coordinamento organizzativo-operativo delle AFT, cioè il loro effettivo funzionamento e l'organizzazione degli incontri periodici,
- Il raccordo con il Referente unico dell'UCCP,
- la raccolta dei dati delle AFT a lui assegnate e l'invio della reportistica periodica al Distretto di riferimento,
- la cura dell'interfaccia tra AFT e ASP,
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni Coordinatore riceverà il compenso forfetario di € 2.400 (duemilaquattrocento) per anno, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Il Coordinatore nel suo lavoro farà riferimento al Referente unico MMG dell'UCCP (vedi) e al Dirigente Medico Responsabile del PTA o del Poliambulatorio distrettuale di riferimento, che si avvarrà di personale amministrativo e di segreteria interno.

Il Coordinatore dell'AFT è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente Accordo e in seno alla programmazione locale di ASP. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente Accordo e degli impegni assunti in seno alle AFT, è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del Coordinatore:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri)
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri PLS afferenti all'AFT.

L'incarico di coordinatore ha durata corrispondente alla durata del presente AIR ed è rinnovabile.

I PLS componenti delle AFT, sotto la supervisione e la responsabilità del Coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti, tra i quali la produzione dei dati ed il loro aggiornamento con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati, la partecipazione alle attività ed agli incontri promossi dalle AFT, l'applicazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali concordati.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente Accordo e degli impegni assunti in seno alle AFT, alle quali il PLS è obbligato a partecipare, è causa della decadenza dal sistema incentivante previsto e come indicato dall'ACN 2009 può costituire causa di rescissione del rapporto convenzionale.

Le AFT, che l'ACN 2009 ha previsto per tutte le tipologie professionali con rapporto convenzionale (MMG, PLS, MCA, Specialisti), sulla base delle necessità e dei programmi aziendali potranno operare sia su base monoprofessionale, sia su base multiprofessionale integrata (ad es., nel caso di *audit* integrati per la condivisione di protocolli *evidence-based* o di percorsi di gestione integrata).