

ACCORDO AZIENDALE PER IL TRIENNIO 2008-2010 PER L'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 9, 16, 17 E 19 DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE 2006

Tra

- l'ASL VCO legalmente rappresentata dal Direttore Generale dr. Ezio Robotti;

e

- l'Organizzazione Sindacale F.I.M.M.G. del VCO legalmente rappresentata dal dr. Silvio Beltrami;

- l'Organizzazione Sindacale SIMI VCO legalmente rappresentata dal dr. Damiano Delbarba;

PREMESSO che:

- l'art. 2 del Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del marzo 2005 (di seguito denominato ACN) stabilisce tre livelli di contrattazione:
 - il livello di contrattazione nazionale che individua
 - le garanzie per i cittadini;
 - il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
 - i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
 - la compatibilità economica;
 - la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN.
 - il livello di negoziazione regionale che definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.
 - il livello di negoziazione aziendale che definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuali della programmazione regionale.
- l'art. 6 del ACN. individua (in sunto):
 - a. la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica
 - b. a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associata prevedendo la sperimentazione di strutture operative complesse
 - c. la nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema
 - d. in proposito dovrà essere garantita la presenza delle strutture organizzative territoriali nell'ambito delle forme partecipative, previste dall'atto aziendale
 - e. questa riorganizzazione avrà come proprio fondamento l'informatizzazione del sistema, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;

- f. dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.
- L'Accordo Integrativo Regionale (di seguito denominato AIR.) definisce tra gli **obiettivi generali** :
 - l'affermarsi e il raggiungimento della piena operatività dell'assistenza territoriale, dalle cure domiciliari ad ogni altra attività sperimentale, su progettualità aziendale
 - la realizzazione, in modo coordinato e progressivo, di una rete organizzata di continuità assistenziale che garantisca al cittadino la possibilità di ricevere risposte coerenti e appropriate durante l'intero arco della giornata, evitando il ricorso improprio alla struttura Ospedaliera.
 - l'implementazione della medicina di associazione ed in particolare della medicina di gruppo ed in rete, in modo tale da tener conto delle diverse esigenze assistenziali dei cittadini e delle oggettive condizioni operative dei medici di Medicina Generale, anche nei confronti delle diverse realtà territoriali.
 - la massima integrazione tra la medicina territoriale e quella ospedaliera, mediante l'individuazione di un linguaggio comune e di percorsi diagnostico e terapeutici condivisi....
 - l'estensione di competenze alle Equipe territoriali nel campo assistenziale, oltre all'attuale funzione programmatica e di monitoraggio.
 - la riprogettazione del sistema delle cure primarie passa attraverso la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali in grado di spostare il "focus" dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio. Solo organizzando una risposta di sistema attraverso una integrazione di competenze nel rispetto delle proprie funzioni si costruisce una struttura "leggera" e si tesse una rete di servizi nel rispetto dei livelli di responsabilità. In momenti di forte tensione per il continuo aumento della domanda sanitaria la sfida al cambiamento è la promozione del medico di famiglia quale soggetto professionalmente e umanamente capace di offrire una risposta adeguata, etica deontologica e nuova (art. 1 comma 2 dell'ACN 2005). Il Patto Aziendale è uno strumento essenziale per costruire un sistema delle cure primarie quale sistema socio-assistenziale equilibrato.

Tale Accordo, in attuazione delle linee indicate, ha assegnato particolare rilevanza al ruolo ed alle funzioni dell'Equipe di assistenza territoriale, definita quale forma organizzativa funzionale dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta per l'assistenza di un bacino di popolazione omogeneo. Il predetto AIR. ha altresì introdotto disposizioni più puntuali in materia di appropriatezza delle cure, governo clinico ed uso delle risorse, rivolte nel complesso a favorire una maggiore centralità del medico di medicina generale nel governo della salute dei propri assistiti.

- si ritiene infine necessaria una progressiva evoluzione dall'attuale forma organizzativa funzionale, quale è definita nell' AIR l'Equipe territoriale, verso forme organizzative strutturali complesse ed integrate con finalità assistenziali quali il Gruppo di Cure Primarie (di seguito denominati GCP) o altri modelli gestionali, già presenti in diverse realtà piemontesi, particolarmente idonei ad essere realizzati in un territorio con popolazione dispersa. Per il GCP è necessario definire un modello associativo misto delle diverse forme di associazionismo normato dall'art. 54 dell'ACN 2005, i compiti aggiuntivi e il modello gestionale. In questo processo , vista la particolarità oro-geografica, sarà alta l'attenzione alla salvaguardia della capillarità sul territorio.

Tutto ciò premesso:

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

L'ASL VCO e le OO.SS. rappresentative dei Medici di Medicina Generale sottoscrivono, in applicazione degli artt. 9, 16, 17 e 19 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale 2006, il presente accordo aziendale per il periodo 2008-2010, con il quale sono definiti gli obiettivi da perseguire, i criteri per la determinazione delle risorse da attribuire conseguentemente ai risultati raggiunti e le modalità di valutazione condivise.

Il presente Accordo si fonda sui seguenti principi condivisi dalle parti:

- Il ruolo fondamentale delle Cure Primarie in quanto costituiscono risposta qualificata ai bisogni socio-sanitari.
- La funzione centrale del Medico di Famiglia all'interno del Sistema socio-sanitario, da rafforzare e sviluppare.
- Il medico di MG quale riferimento imprescindibile per una corretta gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- Lo sviluppo delle forme associative verso la medicina di gruppo.
- Disporre di indicatori quali-quantitativi di monitoraggio delle performance condivisi cui correlare i meccanismi incentivanti.

Art. 2

Costituiscono obiettivi generali dello sviluppo integrato del sistema di cure primarie e di riqualificazione dell'assistenza territoriale nel VCO:

- presa in carico del bisogno del paziente per assicurare una risposta unitaria e globale al singolo, alla famiglia e alla "comunità"
- semplificazione ed "accompagnamento" nei percorsi assistenziali, diagnostico terapeutici e di cura
- continuità assistenziale H24 senza soluzione
- appropriatezza prescrittiva e nell'utilizzo delle risorse finalizzata ad una appropriatezza delle cure
- l'evoluzione dell'Equipe Territoriale verso il Gruppo di Cure Primarie
- la riduzione della mobilità passiva e del tasso di ospedalizzazione sostenendo i processi di riqualificazione dell'assistenza.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di carattere generale precedentemente indicati si possono individuare le seguenti risorse:

- il Distretto socio-sanitario, i Servizi Sanitari Territoriali e i Presidi ospedalieri
- la Medicina Convenzionata: il Medico di Medicina Generale, il Medico di Continuità assistenziale, lo specialista ambulatoriale, il Medico del Servizio di Emergenza Territoriale
- i Comuni e i Servizi Assistenziali
- le Strutture Residenziali e i servizi collegati
- il rapporto fiduciario con il MMG, presente sul territorio in modo capillare
- le tipologie di Medicina associativa
- l'Equipe Territoriale quale forma organizzativa funzionale, obbligatoria, finalizzata all'analisi del bisogno e al governo clinico
- l'Ufficio di Coordinamento della attività distrettuali che favorisce l'interazione e un sistema di comunicazione fra Distretto e MMG
- la disponibilità dell'azienda a mettere a disposizione risorse strumentali ed economiche correlate agli obiettivi e alle azioni concordate con il presente accordo

Art. 3

Le parti ritengono che i Gruppi di Cure Primarie rappresentano la forma organizzativa che qualifica il servizio e la modalità naturale di organizzazione del lavoro ed individuano i GCP quali forme organizzative adeguate per la realizzazione dei progetti indicati nel presente accordo aziendale. A tal fine si concorda che una quota delle risorse complessive sia destinata all'incentivazione della costituzione di tali articolazioni organizzative. Il modello organizzativo del GCP cui tendere e le modalità di funzionamento, sono riepilogate nell'allegato A al presente accordo; nel proseguo, quanto riportato nell'allegato A sarà integrato e coordinato con eventuali nuove normative e/o intese regionali.

Le parti si impegnano a sviluppare iniziative a sostegno della costituzione di GCP in modo tale da coprire entro il 2010 il più possibile il territorio dell'ASL VCO con questa modalità organizzativa e auspicano che per quella data sia possibile coprire l'intero territorio dell'ASL.

Art. 4

Per la realizzazione dei progetti elencati al successivo art. 5 le parti concordano la seguente dotazione di risorse finanziarie:

- a) €. 6,00 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area A)
- b) €. 3,50 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area B)
- c) €. 5,58 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area C)

Tali importi assorbono i compensi di €. 5,50 (c.2 art. 9) e €. 3,08 (c.7 art. 17) dell'Accordo Integrativo Regionale 2006, nonché la quota base del fondo per le attività distrettuali calcolato in € 1,00 per residente e proporzionato al numero degli assistiti del Medici di medicina generale

Art. 5

L'accordo individua tre aree progettuali alle quali corrispondono altrettanti risultati attesi, da raggiungere mediante la specificazione di azioni alla realizzazione delle quali sono collegate quote di risorse finanziarie stabilite nel precedente art. 4. Di conseguenza si concorda quanto segue:

Area progettuale A

Continuità dell'assistenza

Il progetto si pone l'obiettivo di incrementare la continuità dell'assistenza e ad esso si attribuisce una quota incentivante per assistito di € 6,00.

- **Azione**

Incremento delle richieste di casi Adi, identificati secondo le attuali linee guida condivise, con prima attivazione da domicilio, anche in regime di ricovero temporaneo

- Indicatori
N° dei casi ADI attivati da domicilio nell'anno solare
- Risultato atteso
Incremento del 5% dei casi ADI rispetto all'anno precedente (apertura di nuove cartelle) per il periodo 2009-2010; per il 2008 il risultato atteso è > 2007.
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,00 per assistito

L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

- **Azione**

Costituzione dei Gruppi di Cure Primarie

- Indicatori
N° GCP costituiti in struttura unica o di riferimento centrale collegata in rete con le sedi periferiche

- Risultato atteso
Almeno un GCP per ASL entro il 2008 e di uno per Distretto entro il 2010 con l'auspicio richiamato all'art. 3 area progettuale A azione " Costituzione GCP "
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 5,00 per assistito

Fase transitoria, azioni sostitutive alla costituzione dei GCP.

La costituzione dei GCP avverrà necessariamente con gradualità; pertanto fin tanto che non saranno costituiti GCP in numero tale da ricomprendere la generalità dei MMG del VCO, si determinerà una fase transitoria ove potranno coesistere i GCP e le Equipe Territoriali in evoluzione verso i GCP . Ai primi si applicherà al quota incentivante di € 5,00 essendo stato conseguito l'obiettivo; per le seconde si valuteranno le seguenti azioni sostitutive

- **Azione**
Coordinamento dell'orario di apertura degli studi di tutti o parte dei Medici dell'ET al fine di assicurare almeno 8 ore giornaliere di accessibilità al servizio, distribuite al mattino e al pomeriggio e con apertura di uno studio alle 19.
 - Indicatori
% di adesione dei medici
 - Risultato atteso
Adesione
 - Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,0 per assistito.

Area progettuale B

Accoglienza e presa in carico

- **Azione**
Incremento della presa in carico da parte dei MMG dei pazienti classificabili al P.S. con codice bianco
 - Indicatori
 - a) in caso del raggiungimento del risultato atteso
Totale dei codici bianchi registrati al P.S.;
 - b) in caso di mancato raggiungimento del risultato atteso
Totale dei codici bianchi dell'Equipe territoriale/G.C.P

I dati saranno forniti dal Direttore del DEA aziendale

- Risultato atteso
 - a) Diminuzione del 20% rispetto al N° tot. dei codici bianchi dell'anno precedente;
 - b) Diminuzione del 20% rispetto al N° tot. dei codici bianchi dell'anno precedente calcolato per ciascun GCP/ET.
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 0,50 per assistito.

L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

- **Azione**

Attivazione concordata da parte della ET/GCP della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

- Indicatori
Elaborazione del progetto e attivazione dell'ambulatorio dedicato. (all. B)
- Risultato atteso
Attivazione per il 2008 dell'ambulatorio per la gestione integrata del diabete e per il 2009-2010 di un ambulatorio (tra TAO, cardiovascolare 1° livello, BPCO)
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 2,50 per assistito
- Indicatore
Adesione al progetto informatico per la gestione della campagna vaccinale
- Risultato atteso
Compilazione informatica delle schede
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 0,50 per assistito.
L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

Area progettuale C Governo clinico

Il governo clinico è una procedura in grado di permettere al paziente di essere orientato in un percorso assistenziale virtuoso, nel quale l'efficacia dell'appropriatezza delle prestazioni permette il governo della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Un progetto di clinical audit e clinical governance volto alla valutazione e al miglioramento dell'appropriatezza professionale del Medico di famiglia, deve porsi come obiettivo la qualità della cura e l'utilizzo appropriato delle risorse.

Il progetto si pone l'obiettivo dello sviluppo del governo clinico in generale ed in particolare riferito all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, in modo da confermare la favorevole tendenza degli ultimi anni, e alla definizione, mediante la partecipazione dei MMG, dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, individuati come prioritari dall'ASL VCO

- **Azione**

- **Sviluppo della prescrizione delle molecole a brevetto scaduto**

- Indicatori
Percentuale molecole a brevetto scaduto sul prescritto totale
- Risultato atteso
Incremento almeno al 45% della percentuale di prescrizioni di molecole a brevetto scaduto.
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 0,50 per assistito
L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

- **Azione**

- **Partecipazione delle ET e/o ET/GCP alla stesura di protocolli terapeutici, all'analisi degli scostamenti e alla revisione dei comportamenti prescrittivi mediante la nomina di un rappresentante da parte dei tre UCAD nel Comitato di Dipartimento del Farmaco.**

- Indicatore
 - ✓ Numero protocolli prodotti
 - ✓ Numero di relazioni del Comitato di Dipartimento del Farmaco sull'analisi degli scostamenti e la revisione dei comportamenti prescrittivi (2 per anno).
 - ✓ Numero 2 incontri delle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva per la valutazione e l'analisi degli scostamenti e per l'adozione di eventuali azioni correttive dei comportamenti prescrittivi dei singoli medici.
- Risultato atteso
 - Anno 2008
Stesura protocollo prescrittivo relativo alle dislipidemie e adesione/applicazione dello stesso da parte dei Medici di Medicina Generale.
 - Anno 2009 e seguenti
Entro il mese di gennaio di ciascun anno saranno individuati dal Comitato di Dipartimento del Farmaco i nuovi protocolli da predisporre.
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 2,08 per assistito
L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

- **Azione**
Partecipazione a progetti di ricerca regionale

- Indicatori
Adesione progetto ARESS (BPCO, Statine)
- Risultato atteso
Compilazione delle schede pazienti in carico
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 0,50 per assistito

L'azione è rivolta al GCP o, in mancanza, all' Equipe territoriale

- **Azione**
Partecipazione alle riunioni delle equipe territoriali con redazione di appositi documenti inerenti gli argomenti di cui ai risultati attesi

- Indicatori
Numero di presenze/numero di riunioni
- Risultato atteso
Svolgere le attività di cui all'art. 9 A.I.R. in particolare analizzare e valutare le proposte di PDTA elaborate dall'azienda anche con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale.
- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 2,00 per assistito

Art. 6

L'area progettuale di cui al precedente punto A) dell' art. 5, sotto il profilo economico, avrà decorrenza dal 1 luglio 2008 e gli emolumenti corrispondenti verranno corrisposti, a far tempo dal mese successivo a quello in cui si registra l'avvio dell'azione prevista, con le seguenti modalità:

- Azione "incremento casi ADI" : A fine anno in unica soluzione successivamente alla verifica del risultato atteso entro i primi 2 mesi dell'anno successivo;
- Azione "costituzione GCP" : quota mensile pari a 1/12 dell'importo annuo spettante a far tempo dal mese successivo a quello di costituzione;
- Azione coordinamento orari studi": quota mensile pari a 1/12 dell'importo annuo spettante a far tempo dal mese successivo a quello di attivazione

Le aree progettuali di cui al precedente punto B) e C) dell' art. 5, sotto il profilo economico, avranno decorrenza dal 1 gennaio 2008 e gli emolumenti corrispondenti verranno corrisposti come quota mensile pari a 1/12 dell'importo annuo spettante a far tempo dal mese successivo a quello in cui si registra l'avvio dell'azione prevista;

Per l' azione "codici bianchi" si prevede la verifica del risultato atteso entro i primi 2 mesi dell'anno successivo e la corresponsione, dopo verifica, in un'unica soluzione della quota incentivante.

Art. 7 TEMPI

Le parti concordano di assegnare all'UCAD di riferimento i compiti di monitoraggio e di verifica del raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 5. In particolare, l'UCAD effettuerà una verifica in itinere entro il mese di luglio di ciascun anno per monitorare il grado di realizzazione dell'Accordo nonché una verifica finale entro il mese di marzo dell'anno successivo finalizzata a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi ed i correlati compensi previsti. Il Comitato, in occasione della verifica finale relativa all'anno 2008, nel valutare il grado di raggiungimento dei risultati attesi nelle aree progettuali B) e C) terrà conto della circostanza che la firma del presente accordo avviene in data successiva all'inizio anno.

Art. 8

Le parti concordano al termine di ogni anno di validità dell'accordo di sottoporre a verifica le azioni concordate per il raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione e di recupero dell'efficienza di cui ai precedenti punti A), B), C) dell'art. 5 al fine di accertare l'effettiva congruenza tra azioni intraprese e obiettivi attesi. Qualora la congruenza non fosse verificata le parti concordano di rinegoziare i contenuti del presente accordo.

Art. 9

Il presente accordo avrà durata per il periodo 01.01.2008 - 31.12.2010, fatte salve le decorrenze economiche di cui al precedente art.6.

Art. 10

Qualora Accordi Collettivi Nazionali e/o Regionali introducessero provvidenze economiche riguardanti i contenuti oggetto del presente accordo le parti concordano, sin d'ora, che gli importi individuati all'art. 4 saranno integralmente assorbiti dagli emolumenti stabiliti dai suddetti Accordi per gli stessi obiettivi.

Art. 11

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo, si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

Letto, confermato, sottoscritto

Omegna li 30 luglio 2008

IL DIRETTORE GENERALE ASL VCO

Dr. Ezio ROBOTTI

IL RAPPRESENTANTE F.I.M.M.G.

Dr. Silvio BELTRAMI

IL RAPPRESENTANTE CUMI.ASS VCO

Dr. Damiano DEL BARBA