

PRE  
**ACCORDO QUADRO AZIENDALE**  
**M.M.G. / ASL7 Siena**

**2013 / 2015**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. P.' or similar, located in the bottom right corner of the page.

# Indice

## Premessa Generale

## Premesse ed Obiettivi

### SEZIONE PRIMA: Aspetti Procedurali ed Organizzativi

- Parti contraenti, Durata
- Commissione Permanente per l'attuazione dell'accordo (CPAA)

### SEZIONE SECONDA: Impegni generali per le parti contraenti

### SEZIONE TERZA: Il governo clinico

- Audit
- Informazione sui dati

### SEZIONE QUARTA: Finanziamento

### SEZIONE QUINTA: Obiettivi di salute

- Criteri
- Definizione di tre obiettivi
- Fondo a disposizione
- Modalità di erogazione dell'incentivo

### SEZIONE SESTA: Progetti di Appropriatezza

- Premessa
- Appropriatezza in ambito farmaceutico
- Appropriatezza in ambito Specialistico e Diagnostico
- Appropriatezza in ambito Ospedaliero
- Turnover del personale
- Rete dei presidi distrettuali
- Cure Intermedie
- Varie (consegna di materiali ed ausili sanitari, trasporti sanitari, vaccinazioni, servizi amministrativi distrettuali, servizio infermieristico territoriale, ADI)

### SEZIONE SETTIMA: Sviluppo delle Cure Primarie

- Forme Associative
- AFT, UCCP, Centri Medici
- Continuità Assistenziale
- Cooperativa Medica
- CCM, Ulteriori Percorsi Assistenziali, Attività diagnostica, Prestazioni di particolare impegno professionale (PIIP)
- Strumenti a disposizione delle Cure Primarie
  - Percorsi di assistenza.
  - Telefonia, Call Center, ADSL
  - Informatica

## **SEZIONE OTTAVA: Formazione e Ricerca**



## **PREMESSA GENERALE**

Le seguenti OO. SS. e l'Azienda USL 7 ritengono che il presente accordo debba costituire lo strumento per la concreta attuazione di un grande progetto di qualificazione delle cure primarie che veda i medici di medicina generale come principali protagonisti.

Un progetto di grande respiro, che sappia dare risposta ai nuovi bisogni di salute, che sappia trasferire nel territorio una concreta offerta di servizi, anche attraverso l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche ed informatiche, sostenuto da risorse finanziarie corrispondenti.

Un progetto che abbia la propria forza nel rapporto di fiducia tra medico di famiglia e paziente che trovi la propria base organizzativa nel sistema sanitario pubblico e nel rapporto convenzionale tra medici liberi professionisti e Azienda Sanitaria Locale.

Un progetto che è pienamente consapevole della grave difficoltà economico-finanziaria del paese e quindi della limitatezza delle risorse, nonché degli effetti dei provvedimenti di contenimento della spesa. Proprio questa consapevolezza spinge alla attuazione di iniziative che garantiscano la universalità del servizio sanitario ed il consolidamento di una rete di offerta che sappia accogliere tutte le tipologie di domanda garantendo qualità, integrazione, competitività.

Un progetto ambizioso, che come tale deve assumere la gradualità quale elemento necessario ed al tempo stesso caratteristica essenziale del suo consolidamento nel reale apprezzamento da parte dei pazienti.

Il presente Accordo Quadro Aziendale è attuativo dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e dell'Accordo Regionale dei medici di assistenza primaria. Ad essi ed ai documenti, norme e disposizioni ivi citate si rimanda per ogni interpretazione e riferimento.

Le parti convengono che ogni variazione di tali accordi e normative saranno prontamente accolti tramite un aggiornamento del presente accordo.

L'accordo si articola nelle seguenti sezioni:

- premesse ed obiettivi,
- sezione prima: aspetti procedurali ed organizzativi,
- sezione seconda: aspetti generali per le parti contraenti,
- sezione terza: governo clinico,
- sezione quarta: finanziamento,
- sezione quinta : obiettivi di salute,
- sezione sesta: specifici progetti di appropriatezza,
- sezione settima: sviluppo delle Cure Primarie,
- sezione ottava: formazione e ricerca.

## **PREMESSE ED OBIETTIVI**

### **Oggetto dell'accordo**

Il presente Accordo Quadro, concordato e sottoscritto dall'ASL di Siena e dalla OO.SS. di Siena: definisce le strategie, le modalità di interazione e di gestione dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e Regionale (AIR), per i quali è prevista una trattativa aziendale.

Il documento si intende esaustivo degli argomenti trattati, fatte salve le parti per le quali è prevista una ulteriore e specifica negoziazione da definire in tempi successivi

Le parti con il presente accordo intendono condividere i principi della programmazione regionale ed aziendale finalizzati alla promozione della salute, alla efficace erogazione dell'assistenza ed all'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, anche mediante coinvolgimento degli stessi MMG a tutti i livelli del governo clinico.

### **Obiettivi e finalità dell'accordo**

Le parti contraenti concordano di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale:

- Sviluppare una offerta di Assistenza Primaria che garantisca l'attuale livello di diffusione territoriale per quanto concerne la medicina di attesa, preveda Centri Medici per nuova offerta (medicina di iniziativa, diagnostica, continuità assistenziale, medicina pubblica); preveda una programmazione integrata tra tale offerta e quella distrettuale, sviluppando modelli organizzativi condivisi, secondo gli indirizzi delle norme di legge, dell'ACN, dell'AIR;
- Partecipazione dei MMG nella programmazione delle politiche sanitarie e nel governo clinico delle Cure Primarie e del Territorio;
- Utilizzazione dei finanziamenti aggiuntivi della Regione, dello Stato e della CEE finalizzati allo sviluppo dei servizi territoriali con particolare riferimento alla implementazione delle AFT, delle UCCP e dei loro Centri di Riferimento (Centri Medici, Case della Salute, rete studi Medici di MMG e PLS), al potenziamento delle cure domiciliari di tipo intensivo (ADI, Ospedale di Comunità), nonché di ogni ulteriore possibilità anche di carattere sperimentale;
- Perseguire gli obiettivi di salute e di appropriatezza previsti dalla Regione Toscana;

Nel periodo di vigenza del presente Accordo sono previsti i seguenti obiettivi, programmi e progetti:

- a) Governo Clinico del territorio con la partecipazione dei MMG ai momenti decisionali e gestionali, garantendo la continuità del flusso informativo dei dati in possesso dell'Azienda e dei MMG;
- b) Obiettivi di salute;
- c) Specifici progetti di appropriatezza;
- d) AFT, UCCP e loro Centri di Riferimento
- e) Potenziamento delle dotazioni di personale afferente all'Assistenza Primaria
- f) Chronic Care Model e sviluppo dei percorsi assistenziali;
- g) Appropriatezza diagnostica, anche con forme innovative di affidamento
- h) Sviluppo della Rete Informatica
- i) Sviluppo di strutture per Cure Intermedie
- j) Accordo contratto tra ASL 7 e Coop Medici 2000



## **SEZIONE PRIMA: Aspetti Procedurali ed Organizzativi**

### **Parti contraenti, Durata**

Il presente accordo entra in vigore dalla data di stipula, al momento della sua sottoscrizione da parte dei Direttori Generale e Sanitario dell'ASL 7 e dei rappresentanti delle seguenti OO.SS ed avrà validità dal 01.01.2013 al 31.12.2014.

Le parti convengono che ogni variazione di normative nazionale e/o regionali, la stipula di nuovi AA.CC.NN. e AA.II.RR. saranno prontamente accolti tramite un aggiornamento del presente accordo.

### **Commissione Permanente per l'attuazione dell'accordo (CPAA)**

Al fine di monitorare l'applicazione dell'accordo e di stabilirne alcune modalità attuative, viene costituita un'apposita Commissione Permanente per l'Attuazione dell'Accordo (CPAA) con la seguente composizione:

- Responsabili delle quattro zone dell'Azienda;
- Segretari provinciali delle organizzazioni sindacali della Medicina Generale, sottoscrittrici dell'Accordo Aziendale;
- Presidente della Cooperativa medica.

I rappresentanti possono indicare anche loro sostituti, permanenti o temporanei.

La Commissione si riunirà, di norma, con cadenza trimestrale e/o anche su richiesta di almeno due componenti. La commissione può incaricare suoi componenti di elaborare documenti, indagini e quanto altro necessario per le proprie determinazioni. La partecipazione sarà retribuita con le stesse modalità previste per la partecipazione a Comitati o Commissioni, secondo quanto stabilito dall'Accordo Regionale.

## **SEZIONE SECONDA: Impegni generali per le parti contraenti**

L'Azienda Sanitaria di Siena si impegna a promuovere la partecipazione dei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale ai più rilevanti momenti di decisione. Tali rappresentanti potranno assumere anche responsabilità primarie nei consessi in cui sono nominati. La partecipazione ai vari organismi è remunerata secondo le modalità previste dall'Accordo Regionale e, per quanto non previsto, si rimanda ai principi dell'ACR.

Le parti concordano sulla necessità di promuovere incontri, almeno annuali, sulle Cure Primarie, la loro programmazione, il loro stato di attuazione, nonché l'integrazione con le politiche degli Enti Locali. Concordano altresì sulla opportunità di un confronto annuale con i Sindaci per la programmazione socio-sanitaria territoriale.

L'Azienda si impegna a garantire la partecipazione alla programmazione ed alla definizione del budget delle attività territoriali.

L'Azienda si impegna a realizzare, nel periodo di durata dell'Accordo, specifiche iniziative con la medicina generale finalizzate alla elaborazione, condivisione ed applicazione di protocolli terapeutici, linee guida, percorsi assistenziali o standard di servizi.

L'Azienda si impegna a mettere in atto le opportune azioni per assicurare che quanto concordato con la medicina generale, relativamente ai rapporti tra Ospedale e Territorio, sia correttamente applicato presso i propri Ospedali di Zona nonché a promuoverne l'applicazione da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, anche attraverso la partecipazione del Direttore Sanitario di quest'ultima al Comitato della medicina generale. Le parti auspicano che si integrino gli Uffici di Coordinamento Distrettuale con un rappresentante del settore ospedaliero, al fine di affrontare in modo sistematico e coordinato le problematiche assistenziali che interessano Ospedale e Territorio.

I medici di medicina generale aderiscono ai percorsi ospedale territorio

I medici di medicina generale assicurano all'Azienda la propria collaborazione ed adesione ai fini dell'adempimento dei progetti regionali e/o aziendali che ne richiedono la partecipazione attiva o li vedono direttamente coinvolti.

Le parti convengono sulla necessità di miglioramento dell'offerta territoriale e si impegnano ad un comune progetto per garantire: integrazione tra il distretto e la medicina generale, possibilità di integrazione ed unificazione tra le sedi degli studi dei MMG e dei presidi distrettuale; adeguata diffusione territoriale per la medicina di attesa; realizzazione delle strutture di riferimento delle AFT ed UCCP nei principali aggregati urbani idonee per garantire medicina di iniziativa, diagnostica, nonché alternativa reale al ricorso di prestazioni private.

L'ASL 7 di Siena condivide l'importanza di assunzione diretta di responsabilità gestionale della Medicina Generale e ritiene che tale condizione rappresenti l'opportunità per una ottimizzazione delle risorse finanziarie ed umane impegnate a livello territoriale attraverso una programmazione unitaria dei servizi offerti. A tale proposito si impegna affinché il turnover del proprio personale sia attuato tenendo pienamente conto di tale prospettiva.



## **SEZIONE TERZA: Il governo clinico**

La normativa regionale individua forme e strumenti che garantiscono alla medicina generale una collocazione stabile e precisa ai vari livelli di "governo", a livello territoriale, aziendale e regionale, nella compatibilità delle previsioni della L.R. 40/2005 con le successive modificazioni ed integrazioni. (del.1235/28-12/2012)

Gli organismi nei quali è prevista e/o si concorda la partecipazione della Medicina Generale sono i seguenti:

- Consiglio dei Sanitari delle Aziende Sanitarie USL (LRT 40/2005 art. 44);
- Collegio di Direzione delle Aziende Sanitarie (art 48)
- Collegio di Direzione di Area Vasta (art. 49);
- Dipartimenti Interaziendali
- Comitato di Coordinamento della Zona-Distretto (art. 64, comma 5)
- Comitati Etici;
- Progettazione e valutazione di progetti speciali dell'Azienda riguardanti le Cure primarie;
- Gli organi e comitati previsti dalle varie sezioni del presente accordo.

Per quanto riguarda il Collegio di Direzione di Area Vasta, l'Azienda si impegna a promuovere l'iniziativa in sede di Comitato di Area vasta Sud-Est.

L'Azienda USL 7 provvede, qualora non ancora fatto, al recepimento delle nomine dei MMG negli organismi sopra indicati congiuntamente all'approvazione del presente accordo.

Si conviene che la Medicina Generale parteciperà ad ogni fase di elaborazione dei PIS.

L'Azienda assume impegno a garantire ai MMG (medici di medicina generale) pari dignità e accessibilità rispetto agli altri componenti l'Ufficio di Coordinamento nella determinazione della nomina a Responsabile della Zona-Distretto e/o Direttore della Società della Salute.

### **Audit**

Sviluppo dell'attività di audit sia monoprofessionale che multiprofessionale fino ad assumere carattere di regolarità e strumento ordinario dell'attività.

Sostegno dei piani formativi allo sviluppo ed alla pratica dell'audit

### **Informazione sui dati**

Le parti convengono sulla necessità di procedere ad una specifica reportistica relativa ai medici aderenti all'Accordo Quadro Aziendale, al fine di una corretta valutazione degli impegni assunti con la sua sottoscrizione.

L'ASL si impegna a mettere a disposizione della CPAA tutti i dati in suo possesso necessari alla elaborazione dei progetti ed alla applicazione del presente accordo, nel rispetto e nei limiti delle norme di legge sulla privacy.



## **SEZIONE QUARTA: Finanziamento**

Le risorse per poter attuare il presente accordo derivano da finanziamenti Regionali, Aziendali e da Progetti Specifici che consentano, attraverso la ricerca di una maggiore appropriatezza, un reinvestimento nella medicina generale, come previsto anche dalla Delibera Regionale 1231 AIR.

Le parti convengono nella costituzione di un “Fondo Economico” della Medicina Generale, che verrà definito annualmente con delibera del Direttore Generale, nel quale confluiscono le risorse da progetti che consentano un uso più appropriato delle risorse, da finanziamenti regionali, da finanziamenti aziendali, da eventuali altre risorse con destinazione specifica e da quelli individuati al punto d), comma 3, dell'art. 25 dell'ACN 29/07/2009.

Alcuni dei progetti finanziati potranno avere anche valenza pluriennale, nel rispetto del tetto di spesa annuo non superabile.

Integreranno comunque il fondo, determinato come da prospetto che segue, qualsiasi ulteriore somma anche ivi non prevista quando specificatamente destinata all'Assistenza Primaria, sia presente nel bilancio dell'ASL, sia sopravvenuta nel corso di esercizio.

### **PORTAFOGLIO per l'anno 2013 (e fac simile per gli anni successivi)**

<b>Voce di finanziamento</b>	<b>Importo o criteri per la determinazione</b>
<b>A. Fondo generale per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse</b>	<p>Il fondo aziendale derivante dall'appropriatezza si costituisce con le modalità previste all'art. 6 dell'AIR approvato con DGRT n. 1231/2012 con le risorse liberate attraverso l'applicazione obbligatoria degli accordi sulla farmaceutica e diagnostica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• il 25 % ad investimenti strutturali per le UCCP</li><li>• il 25 % per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali così suddivisi:<ul style="list-style-type: none"><li>c.1) 12,5 % raggiungimento obiettivi sanità d'iniziativa</li><li>c.2) 12,5 % raggiungimento obiettivi concordati a livello aziendale</li></ul></li></ul> <p>In assenza od in caso di insufficienti risorse di cui al punto c.2) del fondo aziendale per il pagamento degli incentivi dovuti al raggiungimento degli obiettivi del progetto appropriatezza farmaceutica ed appropriatezza diagnostica, l'Azienda si impegna ad investire PER L'ANNO 2013 risorse aziendali fino ad un massimo di un euro ad assistito per ciascuno dei due progetti</p>
<b>B. Altri fondi per l'Assistenza Primaria</b>	<p>Contribuiscono al fondo aziendale per l'appropriatezza anche le somme derivanti dai progetti relativi a</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• spesa ospedaliera,</li><li>• risparmi da mancato turnover del personale</li><li>• riorganizzazione della rete dei presidi territoriali</li><li>• cure intermedie</li><li>• azioni varie mirate ad appropriatezza</li></ul> <p>secondo le modalità indicate nei rispettivi capitoli del presente accordo</p>
<b>C. Fondi Regionali DGRT 469/2010 (ADSL)</b>	<p>Connettività secondo le modalità di rimborso previste dalla normativa vigente</p>
<b>D. Fondo “Obiettivi di salute” - comma 15, parte B, art. 59 ACN</b>	<p>€ 3,08 ad assistito in carico ai MMG.</p>

<b>E.</b> <b>Indennità di associazione, collaboratori di studio, infermieri professionali, indennità informatica</b>	<p>Fondo nazionale 1.302.276,59 euro</p> <p>Fondo regionale 472.421,06 euro</p> <p>Fondo Aziendale 784.495,38 euro (= 646.459,38 euro (storico 2012) + 138.000,00 euro (ricon. 2013))</p> <p>Le nuove indennità che saranno riconosciute nell'anno 2013 ammontano a circa 138.000,00 euro variabili in base al numero di assistiti in carico (all'interno sono comprese le indennità per i nuovi iscritti alla cooperativa dell'anno 2013 pari a circa 50.000,00 euro)</p>
<b>F.</b> <b>CCM</b>	L'importo conseguente ai costi attualmente concordati per la gestione del CCM da parte della Coop Medici 2000, aumentati proporzionalmente alla attivazione di ulteriori moduli.
<b>G.</b> <b>Finanziamento AFT ed UCCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fondi regionali appositamente destinati ed eventuali fondi aziendali aggiuntivi, sia per la realizzazione delle strutture di riferimento che per la gestione.</li> <li>Il 25 % "fondo generale per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse"</li> <li>Le somme regionali specificatamente destinate ai compensi per i coordinatori ed il riassorbendo delle indennità previste per il coordinatore del modulo della sanità d'iniziativa ai sensi della Delibera regionale</li> </ul>
<b>H.</b> <b>Fondi Regionali per la Formazione e l'aggiornamento</b>	<p>Somme destinate all'attività di formazione dei Medici di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale dal Decreto Regionale n. 6488 del 22/12/2012 (attività formativa 2012/2013) pari a 26.699,00 euro</p> <p>Somme Residue Decreto Regionale n. 6371 del 28/12/2011 pari a 34.788,00</p>

<b>Impiego Risorse</b>	<b>Importo o criteri per la determinazione</b>
<b>A.</b> <b>Incentivi Appropriatazza Farmaceutica</b>	<p>Gli incentivi previsti per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'allegato A del presente accordo si finanziano con il punto c.2) della parte del fondo generale per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse relative all'accordo sulla farmaceutica dell'anno in corso.</p> <p>In assenza o insufficienti risorse di cui al punto c.2) del fondo aziendale per il pagamento degli incentivi dovuti al raggiungimento degli obiettivi del progetto appropriatezza farmaceutica, l'Azienda si impegna PER L'ANNO 2013 ad investire risorse aziendali fino ad un massimo di 300.000</p>
<b>B.</b> <b>Incentivi Appropriatazza Specialistica e diagnostica</b>	Il fondo derivante dal progetto appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico in applicazione di quanto indicato dall'AIR
<b>C.</b> <b>Connettività</b>	Importo corrispondente al punto C tabella soprastante

<b>D.</b> <b>Obiettivi di salute</b>	€ 3.08 per assistito
<b>E.</b> <b>Indennità di associazione, collaboratori di studio, infermieri professionali, indennità informatica, ADSL</b>	Le indennità pregresse attualmente riconosciute ammontano ad euro 2.421.093,03 comprensive di ENPAM (storico anno 2012). Le nuove indennità che saranno riconosciute nell'anno 2013 ammontano a circa 138.000,00 euro variabili in base al numero di assistiti in carico (all'interno sono comprese le indennità per i nuovi iscritti alla cooperativa dell'anno 2013 pari a circa 50.000,00 euro)
<b>F.</b> <b>CCM - Sanità d'Iniziativa</b>	Importo corrispondente al punto F tabella soprastante. Priorità: coincidenza dei moduli in base alla riorganizzazione delle AFT
<b>G.</b> <b>Progetti per lo sviluppo delle specialistica e diagnostica a livello territoriale</b>	Utilizzo di parte delle somme derivanti o ipotizzate per l'attuazione dei progetti di l'appropriatezza relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• spesa farmaceutica</li> <li>• spesa specialistica.</li> <li>• spesa ospedaliera,</li> <li>• risparmi da mancato turnover del personale</li> <li>• riorganizzazione della rete dei presidi territoriali</li> <li>• cure intermedie</li> <li>• azioni varie mirate ad appropriatezza</li> </ul>
<b>H.</b> <b>AFT ed UCCP</b>	Somme corrispondenti al punto G della tabella soprastante  Utilizzo di parte delle somme derivanti o ipotizzate per l'attuazione dei progetti di l'appropriatezza relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriatezza farmaceutica</li> <li>• Appropriatezza specialistica</li> <li>• spesa ospedaliera</li> <li>• risparmi da mancato turnover del personale</li> <li>• riorganizzazione della rete dei presidi territoriali</li> <li>• cure intermedie</li> <li>• azioni varie mirate ad appropriatezza</li> </ul>
<b>I.</b> <b>Formazione e aggiornamento</b>	Come punto H della soprastante tabella. Destinare una parte alle AFT per audit
<b>L.</b> <b>Accordo Contratto ASL 7 – Coop Medici 2000</b>	Sulla base di quanto previsto nell'apposito accordo-contratto

## **SEZIONE QUINTA: Obiettivi di salute**

### **Criteri**

I criteri per la definizione degli obiettivi di salute sono i seguenti:

- Validità triennale
- Obiettivi ritenuti strategici dall'azienda
- Finalizzati anche al miglioramento delle performance del MMG
- Caratterizzati da semplicità di rilevazione
- Raccolta informatizzata

### **Definizione dei tre obiettivi**

#### **1) Appropriatezza diagnostica: Scompenso Cardiaco (Obiettivo c.11 a.1 .2 MeS: scompenso/creatinina sodio potassio)**

Consiste nel sottoporre nell'anno 2013 ad almeno 1 misurazione di creatinina, sodio e potassio tutti soggetti con Scompenso cardiaco in carico al MMG.

L'elenco dei pazienti monitorati si ritiene valido quando è composto da un numero non inferiore al 1,5% degli assistiti in carico.

L'obiettivo si intende raggiunto integralmente con l'azione svolta nel 95% dei casi di paz. scompensati in carico al MMG (il numero dei pazienti è calcolato sulla incidenza regionale della patologia – minimo 1,5%) .

Entro il 30 novembre di ogni anno il MMG consegnerà all'U.F. Cure Primarie di competenza l'elenco in formato digitale via mail, contenente per ogni paziente: Cognome e Nome, Data della richiesta dell'esame, Annotazione di avvenuta registrazione degli esami sopra riportati nella scheda del paziente (risposta Sì o No).

#### **2) - Appropriatezza diagnostica: Diabete Mellito (Obiettivo c.11a2.2. MES: diabete/hb glicata)**

Misurazione dell'Emoglobina Glicata ai pazienti con diagnosi di Diabete Mellito (determinazione comunque effettuata).

L'elenco dei pazienti monitorati si ritiene valido quando è composto da un numero non inferiore al 4% degli assistiti in carico.

L'obiettivo è raggiunto integralmente se il 95% dei pazienti hanno avuto una misurazione di emoglobina glicata.

Entro il 30 novembre di ogni anno il MMG consegnerà all'U.F. Cure Primarie di competenza l'elenco in formato digitale via mail, contenente per ogni paziente: Cognome e Nome, Data della richiesta dell'esame, Annotazione di avvenuta registrazione dell'emoglobina glicata nella scheda del paziente (risposta Sì o No).

#### **3) - Appropriatezza diagnostica: RMN articolazione ginocchio e spalla paziente over 65 anni**

L'obiettivo è raggiunto integralmente se non oltre il 3% dei pazienti over 65 anni in carico al singolo MMG ha effettuato l'accertamento RMN di spalla e/o ginocchio.

La rilevazione sarà effettuata direttamente dall'Azienda ASL 7 e fornita ad ogni singolo MMG come report. Nella determinazione vengono considerate solo le prescrizioni effettuate direttamente dal MMG.

### **Fondo a Disposizione**

L'Azienda costituisce un fondo annuo nella misura prevista dall'art.59, comma 15, lett. b, dell'ACN.

L'ammontare complessivo del fondo aziendale, annualmente, è determinato dal prodotto dell'importo unitario di € 3,08 per il numero totale di assistiti in carico ai MMG convenzionati con l'ASL 7. Una prima determinazione del fondo viene effettuata in via provvisoria all'inizio di ogni anno, considerando il numero di assistiti in carico ai medici alla data del 15 gennaio; contestualmente vengono determinati gli importi dei fondi individuali per ciascun sanitario convenzionato.

Entro il 31 ottobre di ogni anno l'ASL procede alla definitiva determinazione del fondo aziendale e dei vari fondi individuali, rilevando il numero di assistiti in carico a ciascun medico alle date del 15 febbraio e del 15 settembre dell'anno in corso; la media delle due rilevazioni costituisce la base di calcolo per la definizione dei singoli fondi individuali. Qualora la somma di tali fondi individuali risulti superiore o inferiore all'importo provvisorio del fondo aziendale, lo stesso sarà opportunamente integrato o ridotto.

### **Modalità di erogazione dell'incentivo**

Ogni anno, entro la data del 28 febbraio, a ciascun medico aderente all'Accordo verrà erogato il 20% del rispettivo fondo individuale

Dopo la trasmissione dei dati previsti per i singoli obiettivi di salute, che dovrà avvenire entro il 30 novembre di ciascun anno, l'Azienda provvederà al pagamento degli incentivi tenendo presente la ripartizione del fondo tra i tre obiettivi di salute,

Il pagamento sarà effettuato entro il 31 marzo di ogni anno, previa verifica e valutazione degli obiettivi raggiunti da ciascun medico effettuata a livello distrettuale.

Ai medici che non consegnano uno o più report per i quali hanno ricevuto l'anticipazione del 20%, la stessa indennità non sarà erogata alla scadenza del 28 febbraio dell'anno successivo.

Qualora l'Azienda non fosse in grado di effettuare la verifica o la liquidazione nel termine previsto procederà comunque, entro la data del 31 marzo, ad erogare un acconto ai medici pari al 70% dell'incentivo spettante in caso di pieno raggiungimento di tutti gli obiettivi, salvo successivo conguaglio positivo o negativo.

La quota parte del fondo aziendale eventualmente non distribuita, per mancata adesione all'Accordo da parte di singoli professionisti ovvero per mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi, sarà ripartita tra i medici che nell'anno considerato avranno raggiunto tutti gli obiettivi di salute in modo integrale, mediante aumento dell'importo di 3,08 € spettante per ciascun assistito.

**Allegato 1:** fac-simile degli stampati per gli obiettivi 1 e 2.



## **SEZIONE SESTA: Progetti di Appropriatezza**

### **Premessa**

Le parti si impegnano a perseguire gli obiettivi di appropriatezza, al fine di assicurare il corretto uso delle risorse disponibili necessarie a promuovere la crescita di salute della popolazione ed a garantire l'efficace rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Come richiamato negli artt. 7, 8, 25 e 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale, che costituiscono le regole generali da seguire per ogni azione in materia.

Le parti concordano di attivare e rendere progressivamente operativo un sistema di monitoraggio dell'attività dei MMG, in conformità a quanto previsto dall'art.25 dell'ACN, al fine di consentire la valutazione dell'attività dei singoli medici e il miglioramento della loro performance e forme di incentivazione per promuovere comportamenti più appropriati

Il sistema di monitoraggio consentirà all'Azienda di utilizzare le risorse finanziarie in modo adeguato e di indirizzarle alla piena realizzazione dei LEA.

Le parti si impegnano congiuntamente a promuovere specifici progetti di appropriatezza nei seguenti settori:

- Farmaceutica
- Diagnostica e specialistica
- Ospedaliera
- Turnover del personale
- Presidi distrettuali
- Cure Intermedie
- Varie (consegna di materiali ed ausili sanitari, trasporti sanitari, vaccinazioni, servizi amministrativi distrettuali, servizio infermieristico territoriale, ADI)

L'ASL 7 si dichiara disponibile a valutare la fattibilità di progetti economico-gestionali affidandoli alla Medicina Generale, anche tramite la Coop Medici 2000, per servizi e/o attività che con la gestione diretta risultassero più onerosi.

I progetti saranno elaborati seguendo i contenuti riportati nell'AIR (D.R.1231/2012) e gli ulteriori contenuti definiti per ogni ambito di appropriatezza.

I progetti relativi all'appropriatezza dovranno essere concepiti in modo da consolidare nel tempo la crescita culturale dei MMG rispetto ai temi del governo clinico e del miglioramento dei livelli di salute collettiva, garantendo nel modo migliore la tutela della salute individuale. Per questo gli obiettivi dei progetti di appropriatezza dovranno avere la caratteristica di essere replicati nel corso di più anni e rifuggire dalla sola logica di risultati economici raggiungibili nel breve periodo, impossibili poi da essere proseguiti nei periodi successivi.

I progetti attuativi dovranno avere visione complessiva con impegno diretto di entrambe le parti. Il sistema di incentivazione dei MMG dovrà essere di tipo premiante sulla base dei risultati conseguiti in coerenza a quanto previsto dall' AIR.

Le parti concordano che al fine di perseguire una effettiva appropriatezza è indispensabile avviare azioni ed iniziative che consentano di monitorare anche il comportamento di tutte le componenti che influiscono nella erogazione dei servizi (personale, specialisti, acquisizione di beni, ecc.).

Su ogni progetto, ai fini della determinazione degli incentivi, sarà verificata anche la mancata attuazione delle parti di competenza dell'azienda.

Le parti condividono fin d'ora gli indirizzi sotto indicati, specifici per ciascun ambito di appropriatezza, che comportano reciproci impegni e responsabilità e costituiscono la base per l'elaborazione dei rispettivi progetti.

Nell'ambito dei criteri e delle disposizioni definiti nella presente sezione, i progetti e gli obiettivi sono di norma attuati a livello aziendale; tuttavia - previo parere della CPAA e parere del Comitato aziendale - possono essere definiti ed attuati anche a livello di zona, di distretto, delle varie forme associative.

Le parti, congiuntamente, richiedono alla Regione Toscana l'adozione di un provvedimento per la trasformazione dei "fondi aziendali" derivanti dall'appropriatezza secondo l'AIR in "fondo regionale" e della successiva ripartizione dello stesso secondo criteri di omogeneo avanzamento delle AFT e delle realizzazione delle strutture previste per il funzionamento dell'UCCP.

Richiedono altresì alla Regione Toscana l'emanazione della disposizione per la definizione del fondo relativo all'anno 2012 e la ripartizione dello stesso con gli analoghi criteri del precedente capoverso.

### **Appropriatezza in ambito farmaceutico**

Il progetto di appropriatezza farmaceutica per l'anno 2013 sarà sottoscritto dalle parti dopo l'individuazione ed assegnazione degli obiettivi all'ASL 7, secondo DGRT (vedi DGRT 201/2013). Per gli anni 2014 e 2015 sarà sottoscritto dalle parti dopo che la Regione Toscana ha comunicato all'ASL i relativi obiettivi.

Per la remunerazione degli incentivi ai MMG l'ASL 7 di Siena mette a disposizione del presente progetto di appropriatezza, per l'anno 2013, una tantum, in attesa della costituzione del fondo previsto dall'AIR, la somma di € 1,00 ad assistito pesato da distribuire tra i vari obiettivi del progetto attuativo. L'incentivo sarà liquidato al MMG che raggiunge gli obiettivi definiti nel progetto attuativo.

Fra gli indicatori di appropriatezza in ambito farmaceutico devono essere rilevati:

- metodologia condivisa ed approccio culturale quale elemento fondamentale per la ripetibilità nel tempo, anche tramite l'adozione di un supporto tecnico/scientifico per la prescrizione farmaceutica, secondo quanto previsto dagli indirizzi regionali;
- impegno per il raggiungimento delle azioni qualitative indicate dalla Regione Toscana e degli obiettivi quantitativi, anche tramite l'incremento della distribuzione diretta, e di spesa sempre proposti dalla Regione Toscana per la farmaceutica convenzionata;
- condivisione degli obiettivi quantitativi e di spesa oggetto di incentivo economico;
- omogeneità del comportamento prescrittivo, anche fra i medici aderenti alle varie forme associative della medicina generale;
- analisi comparativa dei gruppi terapeutici che più impattano sulla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto (anche ai fini dell'aggiornamento ed audit clinici)

### **Indirizzi ed azioni**

- Costituiscono parte integrante del progetto le disposizioni dell'AIR
- Costituiscono atti d'indirizzo documenti regionali, aziendali ed il documento interdisciplinare elaborato presso l'Ordine dei medici di Siena, relativo a statine, sartani, corretta prescrizione e consegna dei farmaci.
- La spesa farmaceutica assunta come riferimento per i progetti sarà individuata secondo le indicazioni della programmazione regionale ed aziendale.
- Il progetto individuerà specifiche azioni per il contenimento dell'assistenza farmaceutica convenzionata e qualificazione della continuità terapeutica da attuare con i progetti di consegna diretta anche tramite la promozione di iniziative per la condivisione di percorsi terapeutici e con relativa prescrizione farmaceutica, aderenza alle terapie prescritte, adozione di strumenti per autovalutazione della poliprescrizione, report pazienti politrattati con indicazione dei farmaci prescritti.
- Gli incentivi saranno determinati e ripartiti secondo le modalità sotto descritte; l'importo dei vari incentivi potrà essere rivalutato negli anni successivi.
- L'Azienda si impegna a mettere in atto le opportune azioni per assicurare che quanto concordato con la medicina generale, relativamente ai rapporti tra Ospedale e Territorio, sia correttamente applicato presso i propri Ospedali di Zona nonché a promuoverne l'applicazione da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, anche attraverso la partecipazione del Direttore Sanitario di quest'ultima al Comitato della medicina generale. Ritiene altresì opportuno integrare gli Uffici di Coordinamento Distrettuale con un rappresentante del settore ospedaliero, al fine di affrontare in modo sistematico e coordinato le problematiche assistenziali che interessano Ospedale e Territorio.



- L'Azienda si impegna a promuovere specifiche iniziative in merito all'utilizzo delle note AIFA ed in relazione alle norme che prevedono corretti rapporti professionali tra le varie categorie di operatori sanitari.  
Al fine di eliminare per quanto possibile le distorsioni generate dal fenomeno dell'induzione, migliorare il livello di integrazione dei comparti e mitigare la possibile influenza collegata a popolazioni di assistiti particolari, le parti convengono sulla necessità delle azioni di seguito elencate.
- Puntuale adesione al prontuario terapeutico di Area Vasta in tutte le strutture dell'ASL7 e dell'AOUS.
- Azione dell'ASL 7, anche tramite il coinvolgimento dell'AOUS, verso gli specialisti che adottano modalità prescrittive inappropriate, richiamando gli stessi alle indicazioni della Regione Toscana, nonché alla sottoscrizione di protocolli condivisi con la Medicina Generale ed al conseguente rispetto degli stessi.
- Attuazione dei documenti di appropriatezza sottoscritti da MMG e specialisti con particolare riferimento a quello su Statine e Sartani contenente anche le specifiche parti organizzative sulla consegna di farmaci e sulle modalità di prescrizione (si richiama integralmente e costituisce parte integrante del presente accordo. Allegato 1). La Direzione Sanitaria aziendale si impegna a verificare la completezza dell'applicazione anche mediante apposito monitoraggio sui propri medici dipendenti e convenzionati.
- Adozione di tutte le modalità di “distribuzione diretta previste dalla normativa, comprese le RSA.
- Valutazione della spesa generata da farmaci prescritti su piano terapeutico sulla spesa generale e del singolo medico.
- Prescrizione di confezioni farmaceutiche a base di principio attivo generico e di farmaci “equivalenti”, nell'ambito della classe terapeutica di riferimento;
- Predisporre apposite iniziative per passare ad un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza basato sulla farmacoutilizzazione e il sistema ATC/DDD.
- Individuazione e monitoraggio delle categorie terapeutiche che maggiormente contribuiscono alla spesa farmaceutica complessiva, valutazione per singoli MMG, gruppi o associazioni degli scostamenti della spesa e del DDD da valori di riferimento stabiliti.

### **Obiettivi**

- Definizione di specifici obiettivi aziendali, anche rivalutabili su base annua, a monitoraggio individuale, di forma associativa, collettivi complessivi con riferimento al distretto ed all'intera Azienda.
- Budget di spesa farmaceutica non superiore a quello assegnato dalla Regione Toscana per l'ASL 7 .
- Incremento della consegna diretta al netto della DPC e delle specialità medicinali “non sostituibili”
- Definizione dei parametri da adottare per la determinazione del fondo incentivante, tenendo conto del numero degli assistiti pesati.

### **Incentivi**

- Gli incentivi verranno distribuiti sulla base degli obiettivi di cui al punto precedente distinti come individuali, di forma associativa e collettivi complessivi.
- Gli incentivi derivanti dal conseguimento degli obiettivi a monitoraggio individuale verranno liquidati ai medici che conseguono l'obiettivo stesso; saranno implementati in caso di raggiungimento dell'obiettivo anche da parte della forma associativa.
- Il risultato economico di appropriatezza conseguito sulla base degli indicatori di tipo collettivo andrà a costituire il fondo appropriatezza ai sensi dell' AIR

### **Allegato n° 2 – Progetto appropriatezza in ambito farmaceutico**



## Appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico

Il progetto si compone di due distinte parti:

- 1) - L'affidamento di parte della diagnostica (in particolare quella relativa al monitoraggio delle patologie croniche e tra queste in particolare quelle del CCM) alla diretta erogazione presso gli studi dei MMG
- 2) - L'appropriatezza prescrittiva del MMG relativamente alla specialistica ed alla diagnostica.

### **1) - Affidamento di specialistica e diagnostica ai MMG**

Le prestazioni la cui erogazione sarà affidata alla diretta gestione da parte dei MMG sono quelle connesse alla attuazione del CCM: Fondo oculare, ECG, valutazione neurologica periferica, visita neurologica, spirometria, Holter pressione arteriosa. Le parti convengono che successivamente quando l'intera categoria della medicina generale avrà aderito alla progettualità sarà valutata l'espansione dell'affidamento alle prestazioni di doppler arterioso, ecocardiografia, ecografia connessa a monitoraggio anche di altre patologie croniche, sempre sulla base di percorsi assistenziali condivisi (glaucoma, ematologia, patologia tiroidea, epatologia).

Le parti convengono che l'obiettivo è la presa in carico dei pazienti per i quali è previsto un set di controlli predeterminati (specialistici e diagnostici) secondo un PDTA condiviso al fine del controllo del loro stato di salute, alla prevenzione del ricovero ospedaliero e del ricorso al pronto soccorso, prevenendo un ulteriore e parallelo aumento del numero di accertamenti. Il MMG si impegna ad effettuare al paziente i controlli previsti percependo la rispettiva corrispondente tariffa concordata, comprensiva di tutti gli accertamenti previsti nel percorso assistenziale definito.

L'adesione potrà essere su base volontaria del MMG. La sua adesione però dovrà essere inclusiva di tutti i pazienti cronici rientranti nel percorso assistenziale concordato. Nel caso di percorso assistenziale facente parte del CCM i pazienti sono quelli inclusi nell'elenco dei reclutati, eventualmente aggiornato.

Nella erogazione del servizio il medico potrà avvalersi della Coop Medici 2000.

Annualmente l'Azienda USL7 definisce il tetto di spesa. Le priorità deriveranno dalla qualità dei progetti delle singole AFT. L'affidamento avrà carattere graduale sia per i percorsi assistenziali che per le aree territoriali, riguarderà in prima battuta gli accertamenti connessi al CCM, successivamente altri progetti.

I MMG per l'erogazione delle prestazioni concordate si possono avvalere del supporto organizzativo-gestionale della Coop Medici 2000 ed in tale ambito i MMG potranno effettuare le prestazioni previste quando dotati di idoneo titolo.

Per ogni percorso viene definita una somma forfettaria da liquidare al MMG per l'intero servizio di un paziente. Le somme non superano i costi tariffari delle prestazioni erogate dalla ASL ma realizzano, ove possibile, un risparmio rispetto al costo ASL calcolato su tariffario regionale.

La ASL definirà il tetto di spesa annuale.

Le parti, in prima istanza, concordano che il progetto sarà avviato secondo la seguente tabella riassuntiva del set di prestazioni previste nella presa in carico e della tariffa riconosciuta dall'ASL:

Percorso assistenziale	Prestazioni previste nel PDT ogni anno per paziente							Tariffa
Diabete Mellito 2	1 ECG	50% pz visita cardiologica	1 Fondo oculare	Ispezione piede diabetico	25% pz visita neurologica		Organizzazione	€. 60,00
BPCO (stadio I)	50% Visita pneumologica			Spirometria semplice n° 1	25% dei paz. ECG	25% pz visita cardiologica	Organizzazione	€. 40,00
BPCO mod. (stadio II)	1 Visita pneumologica	Pulsossimetria n° 1	Spirometria globale n° 1	1 Walking test	75% dei paz. ECG	75% pz visita cardiologica	Organizzazione	€. 140,00
BPCO grave (stadio III/IV)	1,5 Visita pneumologica	Pulsossimetria n° 1,5	Spirometria globale 1,5	1,5 Walking test	1 ECG	1 visita cardiologica	Organizzazione	€. 185,00

Eventuali altri percorsi potranno essere definiti con successivi accordi tra le parti con gli stessi criteri di quelli della tabella soprastante.

Le parti convengono che progressivamente le prestazioni diagnostiche previste nei percorsi assistenziali della medicina d'iniziativa saranno effettuate direttamente presso strutture ambulatoriali territoriali ove si attua il progetto del CCM, tramite l'attivazione di ambulatori dedicati per la anche per la parte di diagnostica (ECG, Visita neurologica, Fondo Oculare, Spirometria, Holter pressione arteriosa per primi; Ecocardiografia e Doppler Vascolare successivamente)

L'affidamento prevede l'impegno alla effettuazione delle prestazioni (vedere tabella) ai pazienti reclutati o reclutabili nel percorso calcolati secondo il target di prevalenza previsto dai PDTA del CCM (DGRT 822/2011). Il set di prestazioni previste dovrà essere effettuato in modo completo ad almeno l' 85% dei pazienti arruolati. Le prestazioni previste nei singoli percorsi ricomprendono anche accertamenti per instabilizzazioni ed escludono accertamenti con motivazione diversa da quella della patologia cronica oggetto dell'arruolamento.

L'ASL 7 provvederà a concludere apposita intesa con Coop Medici 2000 per la definizione delle modalità organizzative di supporto alla gestione delle attività previste nei percorsi assistenziali.

Si considera che per raggiungere nell'85% della popolazione target l'effettuazione completa del percorso i MMG contatteranno ed educeranno al percorso stesso il 100% della popolazione reclutata.

Quindi, al raggiungimento della percentuale minima dell'85% sarà remunerato l'intero percorso corrispondente alla popolazione reclutata, laddove si rilevi che, alla rimanente quota di soggetti arruolati, sia stato effettuato parte del follow-up previsto. Ciò sarà dimostrabile attraverso l'esecuzione di almeno un esame diagnostico strumentale previsto nel percorso.

Qualora non venga raggiunta la percentuale minima di pazienti che hanno completato il percorso (85%), saranno liquidati gli importi interi per i soli percorsi completi e per i percorsi incompleti sarà liquidata una cifra pari al 40%.

Qualora il singolo paziente esegua nell' ambulatorio del MMG gli stessi esami del percorso in numero aggiuntivo a quanto previsto nel percorso stesso, la ASL7 provvederà a liquidare l' importo corrispondenti al percorso, senza remunerazione degli esami aggiuntivi .

Qualora il singolo paziente esegua gli stessi esami del percorso in numero aggiuntivo a quanto previsto nel percorso stesso in altre sedi, rispetto all' ambulatorio del MMG, la ASL7 provvederà a liquidare gli importi corrispondenti al percorso previsto ridotti del 10% .

Al MMG che ha in carico gli assistiti reclutati sarà liquidato l'importo determinato moltiplicando il numero dei pazienti reclutati per il valore riconosciuto al set diagnostico del relativo percorso assistenziale nella misura del 25% ad ognuna delle seguenti scadenze: 31/03, 30/06; 30/09 di ogni anno. Ogni MMG presenterà alla Coop Medici 2000 i report finali annuali (comprendenti anche variazioni verificatesi nel corso dell'anno quali decessi, abbandoni, nuovi inserimenti, ecc.) entro il 31/01 dell'anno successivo e la Coop Medici 2000 li presenterà complessivamente all'ASL 7 entro il 28/02. L'ASL 7 provvederà alla liquidazione entro i successivi 60 giorni.

Coop Medici 2000 provvederà a corrispondere quanto spettante agli operatori impegnati nella effettuazione delle prestazioni previste nel percorso assistenziale; regolerà i rapporti con i MMG sulla base del proprio Regolamento dei Servizi.

La Coop Medici 2000 si impegna ad erogare gli stessi servizi anche a favore di MMG che non siano propri soci, applicando loro le medesime tariffe, maggiorate dell'IVA di legge.

L'eventuale riscossione ticket avviene per i canali ordinari attivati dall'ASL 7; l'accertamento è a carico del MMG esecutore.

Dopo il primo anno di avvio di ogni fase sarà comunque effettuata una verifica a seguito della quale potrà essere adeguato il progetto.

I MMG che ne abbiano titolo e competenze professionali, potranno partecipare direttamente alla effettuazione delle prestazioni diagnostiche. La Coop Medici 2000 provvederà ad individuare disponibilità e titoli, nonché ad organizzare e/o l'aggiornamento professionale dei medici individuati.

## **2) - Appropriatezza prescrittiva diagnostica**

Il progetto di appropriatezza per l'anno 2013 sarà sottoscritto dalle parti congiuntamente al presente Accordo Aziendale. Per gli anni 2014 e 2015 sarà sottoscritto dalle parti entro il 31 gennaio del rispettivo anno.

Le parti convengono sulla necessità di una rapida attuazione di quanto previsto nelle dichiarazioni a verbale dell'AIR.

### **Indirizzi**

- Costituiscono parte integrante del progetto le disposizioni dell'AIR
- La Medicina Generale gioca un ruolo fondamentale, attraverso l'utilizzo appropriato della diagnostica e del corretto uso delle risorse, in un contesto nel quale l'appropriatezza è perseguita da tutte le componenti professionali del S.S.R.
- L'utilizzo appropriato degli accertamenti specialistici (visite e diagnostica) si realizza tramite il coinvolgimento, sugli stessi obiettivi e con un'unica strategia di intervento, dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, compresi i medici del DEA. Quindi, insieme ad un governo dell'appropriatezza da parte delle Aziende, occorre sviluppare un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati con il livello ospedaliero.
- In questa ottica i MMG assicurano la propria collaborazione all'attuazione delle azioni utili alla riduzione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in merito a quanto previsto dalla DGR 493/2011 - in applicazione del Piano Nazionale per il governo dei tempi di attesa.
- Tutti i medici prescrittori (MMG, specialisti, dipendenti e convenzionati, compresi i medici del DEA) devono prescrivere, specificando il quesito diagnostico ed il codice di priorità clinica corrispondente, in base ai criteri concordati a livello regionale con le OO.SS. di categoria sulla base delle raccomandazioni fornite dalle linee guida in materia.
- A seguito della stipula della presente intesa la Medicina Generale si impegna a perseguire le seguenti azioni per l'appropriatezza prescrittiva degli accertamenti specialistici e contenimento dei tempi di attesa:
  - a. ogni richiesta di visita e/o di accertamento dovrà contenere il quesito diagnostico e/o la presunta diagnosi;
  - b. il codice di priorità verrà applicato dal momento della sua definizione condivisa;
- A livello aziendale e per ciascuna AFT viene calcolato un budget per la Medicina Generale relativo alla specialistica, tenendo conto degli indicatori proposti nell'allegato 1. Tale budget, in attesa di una definizione legata alla appropriatezza prescrittiva, sarà determinato dal dato prescrittivo storico (in prima istanza riferito all'anno 2012), ridotto di una percentuale concordata pari al 5%. Esso dovrà comunque garantire al MMG la diagnostica necessaria alla applicazione della DGRT 493/2011;
- Le performance di AFT e del singolo MMG saranno discusse mediante la metodica dell'audit e della revisione tra pari all'interno dell'AFT, con cadenza almeno semestrale, con la partecipazione degli specialisti interessati, con i Dirigenti Distrettuali e/o della Direzione Aziendale nel ruolo di facilitatori. I confronti saranno espressi analizzando la variabilità prescrittiva, tenendo conto di standard predefiniti di appropriatezza. Metodi e strumenti di monitoraggio dovranno sfruttare le



esperienze già attive nelle Aziende.

- Costituzione di un tavolo aziendale paritetico, con partecipazione dell'AOS, come già previsto anche dalla DGRT 1038/2005, integrato da una rappresentanza dei coordinatori di AFT. Tale tavolo attuerà tutte quelle azioni necessarie a ricondurre alla appropriatezza prevista, in particolare la definizione di PDTA e follow-up condivisi con le diverse branche specialistiche che seguono una stessa patologia per evitare il sovrapporsi delle indagini.
- L'azienda si impegna ad una puntuale ed integrale applicazione della delibera regionale 1038 del 24.10.2005, nonché a mettere in atto gli strumenti per rendere operativo quanto nella delibera stessa richiamato, con particolare riferimento ai commi 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 dell'allegato "A". Verrà inoltre istituita una casella di posta elettronica per ricevere le segnalazioni delle inadempienze alla D R 1038/05 e relativa documentazione allegata.
- In conformità al comma 2, l'Azienda deve attuare un assetto organizzativo in grado di garantire l'operatività delle indicazioni oggetto della delibera, con particolare riferimento alla ridefinizione del protocollo delle urgenze differite.
- I medici di medicina generale si impegnano a rendere appropriata la prescrizione di esami strumentali, di laboratorio e visite specialistiche, con riguardo a quelle prestazioni chiaramente caratterizzate dalla eccessiva ripetitività.
- I MMG si impegnano a segnalare i comportamenti difforni dai protocolli e percorsi assistenziali concordati con gli specialisti.

#### **Obiettivi**

- Riduzione percentuale della somma indicata nel budget definito tra le parti, come indicato nell'allegato n.3.
- Attuazione delle linee guida relative all'appropriatezza specialistica e diagnostica (frequenza dei controlli, utilizzazione appropriata delle diagnostica per immagini, ecc.)

#### **Incentivi**

- Gli incentivi verranno distribuiti sulla base degli obiettivi di cui al punto precedente distinti come individuali, di forma associativa e collettivi complessivi.
- Gli incentivi derivanti dal conseguimento degli obiettivi a monitoraggio individuale verranno liquidati ai medici che conseguono l'obiettivo stesso; saranno implementati in caso di raggiungimento dell'obiettivo anche da parte della forma associativa.
- Il risultato economico di appropriatezza conseguito sulla base degli indicatori di tipo collettivo andrà a costituire il fondo appropriatezza ai sensi dell' AIR con le modalità previste dall'Allegato 3.

#### **Allegato n° 3 – Progetto appropriatezza Specialistica e Diagnostica**

## **Appropriatezza in ambito ospedaliero**

Il progetto si propone di consentire una effettiva partecipazione dei MMG alla utilizzazione di specifici servizi dislocati al livello ospedaliero: H-72, Day-service; Day-hospital; Dimissione protetta; le parti convengono di costituire di un apposito gruppo di lavoro con la partecipazione di quattro MMG, quattro rappresentanti dell'ASL 7 e rappresentanti dell'AOUS per definire le modalità di utilizzazione dei servizi ospedalieri sopra richiamati. Nella indicazione dei componenti si dovrà tenere conto delle zone e dei presidi ospedalieri.

## **Tournover del personale**

Le parti convengono di sviluppare una corretta strategia dell'appropriatezza relativamente alla disponibilità delle risorse umane.

La Medicina Generale, tramite le sue articolazione ed organizzazioni, si impegna a fornire un adeguato contributo nella elaborazione di progettualità dell'azienda finalizzata al perseguimento dell'appropriatezza nel settore delle risorse umane. L'ASL 7 si impegna al coinvolgimento della Medicina Generale, tramite le sue articolazione ed organizzazioni, nella fase di elaborazione di tali progetti.

L'ASL 7 si dichiara disponibile ad attuare progetti economico-gestionali affidandoli, in tutto od in parte, alla Medicina Generale, anche tramite la Coop Medici 2000, per servizi e/o attività per i quali l'erogazione diretta risultasse più onerosa

- Servizi amministrativi distrettuali
- Servizio infermieristico territoriale
- Diagnostica
- ADI
- Ospedale di Comunità ed Hospice
- Vaccinazioni
- Percorsi monitoraggio patologie (glaucoma, ematologia, patologia tiroidea, epatologia)
- Consegna di farmaci, materiali ed ausili sanitari

Annualmente l'Azienda USL 7, coinvolgendo le OO.SS. sottoscrittrici del presente accordo e la Coop Medici 2000, (sulla base del personale che cessa il servizio non sostituito e del corrispondente minore costo economico) effettuerà una valutazione dei servizi che presentano necessità di riorganizzazione, che presentano costi eccessivi per l'ASL 7, che risultano comunque necessari.

Conseguentemente saranno condivisi specifici progetti rivolti alla assunzione diretta di servizi da parte dei MMG (anche tramite la Coop Medici 2000).

Nell'ambito di tali piani saranno previste specifiche iniziative formative finalizzate alla promozione di buone pratiche del personale addetto, gestite anche autonomamente dalla Medicina Generale, comunque certificate nelle presenze e nelle docenze.

## **Rete dei presidi distrettuali**

### **Criteri:**

Le parti convengono che l'offerta di servizi a livello territoriale possa essere significativamente migliorata tramite una rete unitaria di presidi che comprenda sia gli studi dei medici di Medicina Generale, singoli ed associati, sia le attività distrettuali pubbliche. Conseguentemente si impegnano nella definizione di tale rete unitaria che prevede sia la possibilità di ospitare attività della Medicina Generale presso sedi messe a disposizione dell'Asl 7, sia di ospitare attività di medicina pubblica presso sedi gestite da MMG, sia di affidare parte dei servizi di tipo distrettuale (ad esclusione delle attività che devono essere direttamente erogate da dipendenti pubblici) direttamente al gestione della Medicina Generale, anche tramite la Coop Medici 2000.

- In caso di affidamento di servizio distrettuale si procederà preliminarmente alla determinazione del costo effettivamente sostenuto dall'ASL 7 e degli standard da rispettare. Su tali basi sarà proposta all'ASL l'offerta per la gestione del servizio (con una percentuale di abbattimento del costo complessivo sostenuto dall'ASL nel presidio interessato dalla chiusura), compreso un eventuale percorso transitorio durante il quale le attività trasferibili sono erogate, anche in parte, da personale dell'ASL 7 operante presso i centri medici della Coop Medici 2000 o presso gli studi medici di soci della Coop Medici 2000.
- Il risultato economico dell'appropriatezza derivante dai progetti di questo capitolo, sarà prioritariamente destinato alla costituzione del budget di AFT ed UCCP tramite l'implementazione del fondo della sezione quarta del presente accordo.

### **Modalità di attuazione:**

- Verifica integrata delle rete distrettuale e della rete degli studi di Assistenza Primaria finalizzata alla individuazione di integrazione in uniche strutture: impegno congiunto ad eventuali verifiche con le amministrazioni comunali
- Nei centri abitati di maggiore dimensione trasferimento di parte dei servizi distrettuali in centri medici polifunzionali di riferimento di AFT ed UCCP gestiti dai MMG anche tramite la Coop Medici 2000.
- Superamento dei piccoli presidi territoriali con aperture settimanali o mensili estremamente limitate e trasferimento delle stesse, in relazione alla programmazione dell'ASL 7, in studi di medici di medicina generale, dotando gli stessi di personale di supporto
- Tali strutture avendo ruolo di presidi aziendali si renderanno disponibili per i progetti aziendali

### **Formazione del personale addetto**

Nell'ambito di tali piani saranno previste specifiche iniziative formative finalizzate alla promozione di buone pratiche del personale addetto, gestite anche autonomamente dalla Medicina Generale, comunque certificate nelle presenze e nelle docenze.



## **Cure Intermedie**

### **Criteri:**

Le parti convengono che l'offerta di servizi a livello territoriale possa essere significativamente migliorata ricomprendendo in un progetto di nella rete unitaria territoriale (studi dei medici di Medicina Generale, Centri Medici, UCCP, Case della Salute, presidi delle attività distrettuali pubbliche) anche la programmazione e gestione delle strutture per cure intermedie, in modo da perseguire sia un maggiore coinvolgimento degli operatori che una ottimizzazione delle risorse umane ed organizzative presenti nelle varie aree.

Conseguentemente si impegnano alla predisposizione di progetti gestionali dei centri di cure intermedie che prevedano la possibilità di affidamento diretto degli stessi alla Cooperativa dei Medici di Medicina Generale con altri eventuali soggetti di tipo cooperativo specializzati in altre tipologie di servizio (alberghiero, infermieristico, ecc.).

I progetti saranno valutati in base alla fattibilità gestionale, al risultato economico di risparmio, alla qualità del servizio.

Gli appositi regolamenti di gestione di degli Ospedali di Comunità e degli Hospice, nonché di eventuali altre strutture di Cure Intermedie, saranno adeguati prevedendo la sopra richiamata possibilità di affidamento.

- Per la predisposizione del progetto si procederà preliminarmente alla determinazione del costo effettivamente sostenuto dall'ASL 7 e degli standard da rispettare. I costi saranno forniti dall'apposita unità operativa di controllo gestione dell'ASL 7 e potranno essere verificati dalla controparte. Su tali basi sarà proposta all'ASL l'offerta per la gestione del servizio (con una percentuale di abbattimento del costo complessivo sostenuto dall'ASL nel presidio), compreso un eventuale percorso transitorio durante il quale le attività trasferibili sono erogate, anche in parte, da personale dell'ASL 7 già operante presso la struttura oggetto di affidamento.

Il risultato economico dell'appropriatezza derivante dai progetti di questo capitolo, sarà prioritariamente destinato alla costituzione del budget di AFT ed UCCP tramite l'implementazione del fondo della sezione quarta del presente accordo.

### **Formazione del personale addetto**

Nell'ambito di tali piani saranno previste specifiche iniziative formative finalizzate alla promozione di buone pratiche del personale addetto, gestite anche autonomamente dalla Medicina Generale, comunque certificate nelle presenze e nelle docenze.



## Varie

Le parti condividono che le stesse modalità di approccio alla ottimizzazione del personale sanitario operante sul territorio, alla rete di presidi distrettuali, alla gestione delle strutture di cure intermedie possano essere opportunamente utilizzate anche per valutare l'affidamento dei seguenti servizi, anche per porzioni di territorio, ai MMG (anche tramite la loro cooperativa):

- consegna di materiali ed ausili sanitari
- vaccinazioni
- servizio infermieristico territoriale
- ADI
- Integrativa

Eventuali altre attività che si renderanno disponibili

I MMG si impegnano a partecipare ad un progetto di appropriatezza dell'uso dei trasporti sanitari.

Il risultato economico dell'appropriatezza derivante dai progetti di questo capitolo, sarà prioritariamente destinato alla costituzione del budget di AFT ed UCCP tramite l'implementazione del fondo della sezione quarta del presente accordo.



## **SEZIONE SETTIMA: Sviluppo delle Cure Primarie**

### **Forme Associative e Personale a supporto dell'attività di Assistenza Primaria**

Le parti prendono atto che l'esperienza compiuta negli ultimi anni presso l'ASL 7 ha comportato un significativo incremento dell'associazionismo medico nel territorio provinciale, arrivando complessivamente al riconoscimento di n. 26 forme associative (medicina di gruppo, medicina in Rete, Associazione Complessa), con coinvolgimento di n. 114 medici e copertura di una popolazione di oltre 136.075 assistiti ed al parallelo superamento delle forme di associazione semplice, oggi presenti in n. 10 con il coinvolgimento di n. 39 medici ed una corrispondente popolazione Pari a 47.705 assistiti.

Analogamente si è accresciuta la qualità dell'offerta degli studi medici attraverso il riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio a n. 92 medici per una popolazione di 115.443 assistiti e dell'indennità di infermiere professionale a n. 68 medici per una popolazione di 84.003 assistiti.

E' stato avviato un processo di collaborazione con la "Coop Medici 2000" che ha prodotto buoni risultati come dimostrano i report dei vari progetti. Tale rapporto va consolidato ed implementato, per conseguire l'obiettivo di un sempre maggiore coinvolgimento dei MMG e PLS nell'azienda USL 7, per accrescere le loro responsabilità gestionali, per conseguire l'appropriatezza delle risorse, per favorirne l'efficienza nella gestione dei servizi offerti dall'ASL 7 alla popolazione.

Le parti ritengono che la scelta compiuta di sviluppo delle forme associative più evolute si sia dimostrata corretta ed oggi costituisce la base fondamentale per lo sviluppo delle AFT ed delle UCCP.

Le parti considerano di particolare interesse le nuove opportunità associative-aggregative previste dalle normative vigenti nonché l'innovazione prodotta dal progetto regionale di Expanded Chronic Care Model e dalle modalità di applicazione adottate nell'ASL 7. Ritengono che, nel periodo di vigenza del presente accordo e fino all'effettivo avvio delle UCCP, debba essere ancora incentivato, compatibilmente con la copertura economica, lo sviluppo di alcune forme associative: Medicina in Rete, Medicina di Gruppo, Associazione Complessa, Cooperativa Medica, nonché il riconoscimento di indennità per ampliare la presenza di collaboratori di studio ed infermieri professionali presso gli studi dei MMG, utilizzando le risorse disponibili e tenuto in considerazione che si tratta di investimenti pluriennali.

Nella logica della strategia regionale di dare sviluppo alle forme associative della medicina generale, tendente al raggiungimento del modello più evoluto delle unità di cure primarie, l'Azienda, annualmente, d'intesa con le organizzazioni Sindacali e nell'ambito del Portafoglio di cui alla sezione quarta del presente accordo, indica le risorse finanziarie, finalizzate alla elaborazione di un piano di sviluppo delle forme associative dell'art. 54 dell'ACN (Medicina in Rete, Medicina di Gruppo, Associazione Complessa, Cooperativa Medica) e di dotazione di personale per gli studi dei MMG di cui all'art. 59 parte B dell'ACN (Collaboratore di Studio ed Infermiere Professionale), sostenibile nell'ambito della compatibilità finanziaria dell'Azienda stessa.

Le domande finalizzate alla costituzione di nuove forme associative, alla modificazione di quelle esistenti, al riconoscimento delle indennità per personale di studio (Collaboratore di Studio ed Infermiere Professionale) possono essere presentate dai medici interessati in qualsiasi momento all'ufficio "Convenzioni Uniche Nazionali".

Saranno esaminate entro il 31 gennaio di ogni anno, accolte compatibilmente con le risorse aziendali ed avranno decorrenza dalla successiva data di effettiva attivazione dei servizi, adeguatamente documentata.

Le domande in lista d'attesa, relativamente alla forma associativa, saranno esaminate ed eventualmente accolte con i seguenti due criteri di priorità:

Primo criterio:

- 1) Decollo di centri medici di riferimento delle AFT ed UCCP;
- 2) Adesione di uno o più medici a gruppi già costituiti;
- 3) Trasformazione integrale in medicina di gruppo di una forma associativa già esistente;
- 4) Trasformazione in medicina di gruppo di una parte di una forma associativa già esistente;

Secondo criterio:

- 1) Medicina di Gruppo,
- 2) Medicina in Associazione Complessa,
- 3) Medicina in Rete.

In applicazione dell'Accordo Integrati Regionale per la Medicina Generale e dell'Accordo Quadro Aziendale le cooperative mediche devono stipulare con l'Azienda apposito accordo-contratto che stabilisce i relativi impegni, modalità di adempimento e forme di finanziamento. In base all'approvazione dell'accordo-contratto hanno diritto al riconoscimento dell'indennità parificata a quella della Medicina di Gruppo i medici soci regolarmente iscritti della cooperativa al momento dell'approvazione dello stesso accordo-progetto. E' obbligo della cooperativa trasmettere ufficialmente all'Azienda copia dell'elenco dei soci. Nell'accordo-progetto potranno essere disciplinate modalità di eventuale riconoscimento dell'indennità associativa a medici divenuti nuovi soci durante il periodo di vigenza dell'accordo-contratto, nonché indennità relative alla ammissione di partecipazione ai progetti previsti dallo stesso accordo-contratto.

Il riconoscimento delle indennità di personale di studio (Collaboratore di Studio ed Infermiere Professionale) avverrà secondo i seguenti criteri di priorità: 1) Decollo di centri medici di riferimento delle AFT ed UCCP, 2) Adesione di uno o più medici a gruppi già costituiti.

## AFT , UCCP,CENTRI MEDICI

E' integralmente richiamato quanto previsto dall'AIR approvato con Del. G. R. n. 1231 del 28.12.2012

### **Criteri per la costituzione ed il funzionamento delle AFT.**

Relativamente alla individuazione, ai compiti ed alle funzioni si richiamano integralmente le disposizioni dell'Accordo Integrativo Regionale e per quanto vigente quelle della Legge 181/2012

La provincia di Siena che comprende l'intera ASL ha una popolazione di 272.638 abitanti. Considerato che la dimensione di riferimento dell'AFT è di 30.000 assistiti (considerati quelli in carico ai MMG), l'ipotesi perseguibile è quella di costituire 9 AFT.

Le parti hanno convenuto che ai fini della delimitazione assumono particolare rilevanza i seguenti elementi:

- Rispetto delle caratteristiche geografiche,
- Rispetto delle aggregazioni istituzionali consolidate anche per altre tipologie di servizi,
- Per quanto possibile rispetto degli attuali ambiti di scelta,
- Importanza delle direttrici viarie e di trasporto pubblico,
- Tempi di percorrenza all'interno dell'AFT di circa 30 min., salvo piccoli aggregati particolarmente dispersi (oltre tale limite, quando attivate sedi di riferimento, occorre prevedere una struttura secondaria rispetto a quella principale)

In base a tali criteri sono state individuate le seguenti 9 AFT:

AFT N°	Comuni	Ipotesi preliminare pazienti	N° MMG, CA, M. dei servizi	Centro Medico di Riferimento (*) Da individuare centro secondario
1	Poggibonsi	26000		Poggibonsi
2	S. Gimignano, Casole d'Elsa, Radicondoli, Colle Val d'Elsa	30000		Colle Val d'Elsa - (*)
3	Siena parte (7000 assistiti), Monteriggioni, Castellina, Radda, Gaiole, Castelnuovo Berardenga	37000		Siena (*)
4	Siena parte (13000 assistiti), Sovicille, Monticiano, Chiusdino,	36000		Siena (*)
5	Siena parte (17000 assistiti), Asciano, Rapolano	35500		Siena - (*)
6	Siena parte (14000 assistiti) , Monteroni, Murlo, Buonconvento San Giovanni d'Asso	26000		Siena - (*)
7	Montepulciano, Pienza Sinalunga Trequanda, Torrita	34000		Montepulciano (Centro Medico S. Cristofano) (*)
8	Chianciano, Chiusi, Sarteano, Cetona. S. Casciano Bagni	23000		Chianciano - (*)
9	Abbadia S. Salvatore, Piancastagnaio, Castiglioni, Radicofani, Montalcino, S. Quirico d'Orcia	20000		Abbadia S. Salvatore (*)
(*)	Da individuare possibile Centro Medico secondario ove siano ipotizzabili attività parziali			

Le parti convengono di dare immediato avvio alle procedure previste dall'accordo integrativo regionale per la effettiva definizione delle AFT e quindi di comunicare ai medici interessati i tempi per effettuare la loro scelta.

Comunque si conviene il rispetto dei seguenti tempi:

- entro il 31/05/2013 l'ASL 7 di Siena comunicherà ai Medici di Medicina Generale, sia rapporto fiduciario che a rapporto orario) il termine entro il quale effettuare la scelta per l'adesione alla AFT
- entro il 15/07/2013 nomina dei coordinatori delle AFT ed individuazione dello schema di programma da redigere compreso indicatori ed indirizzi per budget messo a disposizione di ogni AFT;
- entro il 30/09/2013 elaborazione da parte della AFT del proprio progetto strategico e delle attività prioritarie, nonché della ipotesi di budget. (schema indicativo allegato n° 4 )

Ogni medico conserva le scelte degli assistiti anche se questi appartengono geograficamente a diversa AFT. Il numero definitivo di abitanti degli assistiti della AFT è determinato dalla scelte in carico ai medici che hanno effettuato la scelta in quella AFT.

I MMG appartenenti ad una forma associativa aderiscono in toto alla AFT. Nel caso un medico aderisca a diversa AFT rispetto a quella prescelta dai colleghi della propria forma associativa potrà aderire ad una nuova forma associativa tra quelle presenti nella AFT di appartenenza.

I medici operanti nell'attuale ambito di Siena effettueranno la scelta in una delle AFT di cui la città fa parte. Nel caso di eccesso di domande in una AFT viene data priorità ai medici che hanno lo studio principale in maggiore vicinanza con l'area geografica esterna al Comune di Siena, facente parte dell'AFT.

Per l'inserimento nell'AFT dei medici di Continuità Assistenziale e dei medici della Medicina dei Servizi valgono le norme stabilite nell'AIR.

Gli ambiti di scelta vengono modificati adeguandoli alle AFT individuate, in particolare:

- qualora in una AFT insistano più ambiti di scelta questi rimangono distinti
- Chianciano andrà ad ampliare l'ambito di scelta oggi costituito da Chiusi, Sarteano, Cetona e S. Cascinaio Bagni
- Siena città costituisce sempre un ambito di scelta unico

Preso atto della istituzione delle AFT e delle UCCP si confermano le deroghe all'apertura ambulatoriale ad oggi concesse in Comune limitrofo all'ambito di iscrizione in quanto funzionali all'istituzione di tali aggregazioni.

### **Criteri relativi alle UCCP**

Le UCCP reviste per l'ASL 7 di Siena sono una per ogni AFT.

Per Siena Capoluogo dove si può prevedere una sola UCCP per tutte le AFT di cui fa parte la città eventualmente articolata in due Centri Medici con funzioni diversificate ed integrate.

Per le altre AFT indicate nella tabella con i n. 2, 7, 8, 9 oltre al Centro Medico di riferimento principale è possibile individuate anche strutture secondarie, sempre con criteri che garantiscano la qualità del servizio erogato.

Le parti convengono che il coinvolgimento della Pediatria nelle UCCP potrà avvenire solo in seguito alla sottoscrizione del relativo accordo regionale che ne disciplini le modalità di partecipazione.

In considerazione di quanto sopra sono individuali le 6 seguenti UCCP:

AFT N°	UCCP Comuni ricompresi	Ipotesi preliminare pazienti	Operatori sanitari facenti parte	Centro Medico di Riferimento (*) Da individuare centro secondario
A	Poggibonsi	26000		Poggibonsi
B	S. Gimignano, Casole d'Elsa, Radicondoli, Colle Val d'Elsa	30000		Colle Val d'Elsa, (*)
C	Siena parte (15000 assistiti), Monteriggioni, Castellina, Radda, Gaiole, Castelnuovo Berardenga. Siena parte (14000 assistiti), Sovicille, Monticiano, Chiusdino, Monteroni, Murlo, Buonconvento Siena parte (26000 assistiti), Asciano, Rapolano	108000		Siena (*)
D	Montepulciano, Pienza Sinalunga Trequanda, Torrita	34000		Montepulciano (Centro Medico S. Cristofano) (*)
E	Chianciano, Chiusi, Sarteano, Cetona. S. Casciano Bagni	23000		Chianciano o Chiusi (*)
F	Abbadia S. Salvatore, Piancastagnaio, Castiglioni, Radicofani, Montalcino, S. Quirico d'Orcia	20000		Abbadia S. Salvatore (*)
(*)	Tale centri secondari dovranno essere individuati seguendo i criteri per i centri principali, in particolare l'integrazione delle funzioni.			

Le parti convengono che il coinvolgimento della Pediatria nelle UCCP potrà avvenire solo in seguito alla sottoscrizione del relativo accordo regionale che ne disciplini le modalità di partecipazione.

### Centri Medici

Le parti ritengono che aspetto fondamentale per il funzionamento delle UCCP, ma anche delle AFT, sia la realizzazione di strutture di riferimento (quelle indicate al punto 4.3 dell'AIR approvato con Del. G. R. n°1231 del 28.12.2012, che in modo onnicomprensivo definiamo Centri Medici, indipendentemente dalla loro origine), che pertanto divengono compito prioritario di iniziativa congiunta.

- Previsione di una struttura principale per ogni AFT ove poter eventualmente garantire anche la Continuità Assistenziale

- Prevedere strutture secondarie, oltre quella ipotizzata nella località sede principale: in di presenza di altri abitati con notevole popolazione permanente; in presenza di località con notevole flusso turistico; in presenza di abitati con notevoli distanze e tempi di percorrenza prolungati rispetto alla sede principale.

Le parti ritengono che i Centri Medici debbano essere individuati e progettati per rispondere a tutte le esigenze indicate nella tabella che segue. In particolare si ritiene indispensabile che in tali centri esercitino la medicina di attesa un gruppo organizzato di MMG, sia presente un servizio PLS; sia organizzata la Continuità Assistenziale ed il CCM per la popolazione di riferimento dell'AFT ed UCCP; siano possibilmente presenti le attività distrettuali pubbliche anche in forma di affidamento; sia riconosciuta una attività integrativa di servizi specialistici e diagnostici integrati concepiti in modo integrato ed offerti a costi simili ai ticket:

<b>Centro Medico Principale (presenza diretta di medici di Assistenza Primaria)</b>	<b>Riferimento per MMG e PLS dei comuni (e delle relative frazioni)</b>	<b>Attività Convenzionale ordinaria</b>	<b>Continuità Assistenziale</b>	<b>Attività convenzionale aggiuntiva</b>	<b>Attività distrettuale</b>	<b>Attività integrativa</b>
Almeno una medicina di gruppo o Associazione Complessa		Convenzione MMG, Convenzione PLS, CCM, ecc.	H24, H16  Altre sperimentaz.	Diagnostica Stili di vita Riabilitazione, AFA	Amministrativa Infermieri, Prelievi Ausili e similari Consegna ricettari Vaccinazioni Medicina pubblica gestione ADI, gestione ADOI, proiezione specialistica.  Assistenza sociale	Mutualità integrativa  Servizi accreditati calmierato (Stili di vita, Disagio sociale Disabilità anziano Disturbi motori Dispnea Genitorialità)  Event. Farmacia

Le parti convengono di procedere congiuntamente alla individuazione delle necessità di Centri Medici e quindi coinvolgere anche le Amministrazioni Comunali per la possibile individuazione di immobili e/o aree idonee.

I MMG, anche tramite la loro cooperativa medica, possono organizzarsi per mettere a disposizione immobili idonei alle funzioni condivise secondo le indicazioni sopra richiamate.

## **Continuità Assistenziale**

Si richiamano le disposizioni dell'Accordo Integrativo Regionale e quelle della Legge 184/2012.

I progetti sperimentali di sviluppo delle attività diurne a rapporto orario saranno proposti nell'ambito dei piani di attività delle AFT, singolarmente per ciascuna di esse od anche congiuntamente tra più AFT.

Le parti convengono sulla necessità di avviare una concreta ed immediata sperimentazione di utilizzazione delle ore di Continuità assistenziale che si liberano in progetti di H16 per lo sviluppo delle attività di potenziamento delle Cure Primarie secondo gli indirizzi del presente accordo e dell'AIR: AFT, UCCP, Diagnostica, Cure intermedie, ADI, ADOI.

In relazione alla caratteristiche della geografia e della viabilità dell'ASL 7 le sedi di riferimento di AFT/UCCP dovranno essere integrate con centri secondari (vedi apposite tabelle di AFT ed UCCP) ove garantire la continuità assistenziale. Tale centri secondari dovranno essere individuati seguendo i criteri per i centri principali, in particolare l'integrazione delle funzioni.



## Cooperativa Medici 2000

La costituzione di cooperative tra medici di Assistenza Primaria ha rappresentato un fatto di grande rilevanza che ha aperto la via di una maggiore integrazione tra il SSN dei medici con esso convenzionati, basato sulla diretta assunzione di responsabilità gestionali, conseguimento di risultati ed in ultima analisi concreta difesa del servizio pubblico. Tale opportunità potrà essere ancora più importante nel prossimo futuro in relazione all'ampliarsi della divaricazione tra bisogni di salute e risorse pubbliche disponibili, nonché in relazione alle novità legislative recentemente approvate ed alle convenzioni che dovranno essere rinnovate sulla base di tali disposizioni.

La forma cooperativa con il possesso di personalità giuridica consente ai medici (tramite i servizi che da essa ricevono) possibilità organizzative, gestionali, giuridiche, indispensabili per assolvere adeguatamente a parte dei compiti nuovi delle Cure Primarie, di sperimentare l'assunzione diretta di responsabilità, di attivare forme di medicina di iniziativa, di concludere accordi complessi con le ASL, procurandosi i fattori di produzione necessari per adempiervi (come singolarmente od in piccoli gruppi privi di personalità giuridica non avrebbero potuto) ed in ultimo contribuire ad arginare il rischio di una privatizzazione diffusa e selvaggia delle prestazioni sanitarie.

In considerazione di quanto sopra, le parti convengono che lo specifico accordo-contratto tra ASL 7 e "Coop Medici 2000 s.r.l.", in conformità ai criteri previsti dalle disposizioni regionali (parte C, punto 6.5, ACR del 13.03.2006), rappresenti uno strumento essenziale per l'attuazione del presente Accordo Aziendale e che lo stesso abbia uguale durata temporale.

La negoziazione dell'accordo-contratto è condotta dalla Direzione Aziendale e dai rappresentanti della Coop Medici 2000, sarà sottoposto al parere del Comitato Aziendale.

Lo stesso accordo-contratto tra ASL 7 e Coop Medici 2000 dovrà prevedere:

- che nel nuovo accordo-contratto saranno previste tutte le possibilità previste dall'Accordo Aziendale nelle parti in cui si richiama l'impegno dei MMG da attuare tramite la loro cooperativa;
- che la cooperativa medica dovrà impegnarsi a fornire gli stessi servizi ai medici propri soci ed ai medici non associati che partecipano alla attuazione dei progetti del presente accordo in cui è previsto l'affidamento di servizi alla Cooperativa medica stessa;
- che l'appropriatezza rappresenta un elemento guida essenziale di tutti i progetti previsti.

A scopo esemplificativo, sono di seguito elencati alcuni dei contenuti che possono essere oggetto dell'accordo-contratto fra Azienda Sanitaria e Cooperativa Medica:

- il perseguimento di una maggiore omogeneità professionale della medicina generale, anche attraverso l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello aziendale sulle patologie a maggiore incidenza e prevalenza;
- l'organizzazione di servizi finalizzati all'erogazione di prestazioni, anche di tipo complesso e/o specialistico, da parte dei medici soci della Coop Medici 2000, all'interno di protocolli concordati e condivisi e secondo adeguati criteri di appropriatezza;
- la gestione di servizi ed attività per proprio conto e per conto dell'ASL (call center, attività distrettuali, ospedale di comunità, hospice, ecc.);
- l'acquisizione dei fattori di produzione (sedi, personale, strumentazione diagnostica, rete di comunicazione, formazione, ecc) idonee per consentire ai medici soci e non l'erogazione dei servizi concordati;
- la sperimentazione di innovativi modelli gestionali di patologie croniche ad alta incidenza e prevalenza, anche mediante l'erogazione diretta di prestazioni aggiuntive direttamente negli ambulatori dei medici di medicina generale;
- l'organizzazione di una formazione specifica e di percorsi di audit tesi a migliorare

- qualitativamente le prestazioni erogate dai soci;
- l'effettuazione di indagini epidemiologiche ed il rilievo delle condizioni di salute della popolazione in carico;
- l'organizzazione e gestione di attività educative a gruppi determinati di popolazione;
- l'implementazione dell'integrazione fra i professionisti del territorio e dell'ospedale.

L'indennità associativa di cooperativa medica è riconosciuta in continuità ai medici soci della Coop Medici 2000 che hanno partecipato alla attuazione del precedente accordo nonché ai nuovi soci risultanti alla data di sottoscrizione del nuovo accordo-contratto, è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati e non è cumulabile con quella delle altre forme associative .

Qualora l'accordo-contratto preveda anche compiti ed obiettivi aggiuntivi, oltre a quelli ricompresi nell'ambito della medicina generale, l'Azienda sanitaria remunererà per questi direttamente i singoli medici, sulla base dei compensi concordati.

## **CCM, Ulteriori Percorsi Assistenziali, Attività diagnostica, Prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP)**

Il progetto avviato dalla Regione Toscana costituisce un importante elemento innovativo per affrontare adeguatamente la crescente importanza delle malattie croniche.

Le parti confermano la validità del modello organizzativo di gestione dei moduli del CCM adottato nell'ambito dell'ASL 7 e sono impegnate, nel periodo di durata del presente accordo alla estensione del progetto, con le stesse modalità, a tutti i MMG, sempre avvalendosi dell'apporto organizzativo-gestionale della Coop Medici 2000, tramite appositi progetto previsto nell'accordo-contratto da sottoscrivere in applicazione anche del presente Accordo Aziendale. Tutti i MMG dovranno poter avvalersi dell'attività organizzativo-gestionale della Coop Medici 2000 anche quando non soci della stessa.

In considerazione dell'avvio delle AFT sarà mantenuta l'attuale composizione dei moduli CCM quando tutti i medici si trovano nella stessa AFT.

Quando questa condizione non si verifica, si procederà all' eventuale ampliamento dei moduli fino al raggiungimento del tetto massimo di assistiti previsto dal CCM.

Tale ampliamento sarà attivabile dall'1/01/2014 con un tetto massimo di spesa complessivo di ulteriori 50.000 euro per l'anno 2014.

Per l'ulteriore fase di implementazione del CCM le parti convengono che progressivamente le attività specialistiche e diagnostiche debbano essere organizzate presso i Centri Medici dove operano i MMG. Queste attività specialistiche e diagnostiche saranno organizzate secondo quanto già indicato alla parte "Appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico" del presente Accordo Aziendale.

Le parti sono impegnate a prevedere forme di gestione della cronicità che dalla medicina di iniziativa orientata per patologia passi a quella di gestione del paziente con il carico complessivo dei bisogni e di complessità che rappresenta.

Le parti convengono che lo strumento contrattuale delle PPIP nell'attuale contesto normativo può essere utilizzato per la valorizzazione della medicina territoriale.

In attuazione dell'allegato "D" dell'ACN, l'elenco delle prestazioni può essere annualmente aggiornato, anche ai sensi dell'AIR e della presa in carico del paziente secondo PDTA.

## **Strumenti a disposizione delle Cure Primarie**

### **Percorsi di assistenza.**

Le parti concordano che per il miglioramento dell'offerta sanitaria a livello territoriale occorrano dotazioni e strutture nuove, capaci di consentire la gestione della complessità determinata dai nuovi bisogni ed al tempo stesso garantire un appropriato uso delle risorse alternative soprattutto al ricovero ospedaliero.

Le parti si impegnano ed elaborare, durante il periodo di validità dell'Accordo, specifici progetti o accordi integrativi in merito agli argomenti sotto elencati. I progetti saranno elaborati dalla Commissione Permanente per l'Attuazione dell'Accordo ovvero da gruppi appositamente costituiti, fatta salva la successiva approvazione da parte della Commissione stessa e del Comitato Aziendale. Le parti mentre richiamano la globalità dei progetti previsti nel presente Accordo Aziendale, convengono sulla necessità di sviluppare i seguenti specifici ulteriori progetti, finalizzati a migliorare l'offerta di servizi a livello territoriale:

- Revisione ed implementazione dei protocolli relativi al "caso complesso";
- Revisione e riorganizzazione degli accessi per le urgenze specialistiche e diagnostiche differibili anche attraverso la revisione dei D. S., D. H. ed altri servizi ospedalieri, tenendo conto che: l'attivazione da parte del MMG è in parte compito aggiuntivo; sia garantito il contatto in tempi certi tra MMG e specialista ed al tempo stesso sia certificato l'avvenuto contatto sia per la responsabilità che per la contabilizzazione; sia perseguita anche una riduzione di accessi impropri al P.S.;
- Revisione procedure ADI ed ADOI secondo le nuove indicazioni regionali.
- Valorizzazione dell'ADI

### **Telefonia, Call Center ADSL**

I MMG, tramite la loro cooperativa si impegnano a sviluppare un progetto di Call Center idoneo a supportare adeguatamente i compiti che le Cure Primarie si assumono in relazione alle nuove normative ed ai relativi accordi convenzionali, nazionali, regionale ed aziendali.

Il progetto:

- dovrà avere operatività per tutto il territorio dell'ASL 7;
- potrà unificare sotto una unica gestione tutte le utenze dei medici convenzionati operanti nel territorio e garantirne un adeguato collegamento ADSL che consenta l'invio dei dati, sia in rete orizzontale tra le forme associative, sia verticale con specialisti, pronto soccorso, continuità assistenziale;
- metterà a disposizione un "servizio centralizzato" per gestire le prenotazioni, gli appuntamenti, i richiami previsti dalla medicina di iniziativa, ampia fascia oraria;
- realizzerà un Servizio di telefonia centralizzata per informazioni all'utenza e ed un Servizio di segreteria telefonica centralizzato per la gestione degli interventi di urgenza differita
- collegamento con il CUP dell'ASL 7
- non avrà costi aggiuntivi per la USL, salvo incrementi definiti da disposizioni/norme regionali

Le fonti di finanziamento del progetto sono le seguenti:

- Attuali costi di telefonia fissa di MMG.
- Costi per ADSL sostenuti dall'ASL 7, in attuazione e secondo quando indicato dall'AIR.
- Somme del CCM utilizzate per il collaboratore dedicato in ogni modulo.

### **Informatica**

In base all'AIR ogni AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on, a cura di Estav Centro, mediante

“Procedura negoziata per l’integrazione del software MMG e PLS in applicazione della DRG n. 469 del 2010”, il sistema basato sui software di cartella clinica dei MMG prevederà, per il colloquio, quanto contenuto nella DGRT 469 del 31-03-2010, in particolare :

• Numero RFC	• Dominio/Contenuto
• 85	• Servizi Anagrafe Persone HL7v3
• 87	• Gestione scelta e revoca MMG PLS HL7v3
• 161	• E_prescription
• 207	• NRE (Numero Ricetta Elettronica)
• 198	• Esenzioni per reddito e ticket
• 133	• Patient Summary (Relativamente a quanto previsto nel contratto della medicina di iniziativa e quanto previsto nell’ACN in vigore)
• 208	• Chronic Care Model
• 194	• Dati presenti su ACN MMG e PdF
• -	• Certificazione telematica di malattia INPS

Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l’attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali, ed il trasferimento degli esami di laboratorio nei software dei MMG ai sensi dell’informatizzazione prevista da Regione Toscana

Le parti convengono altresì sulla possibilità di utilizzare quanto previsto dal progetto MITO.SI. per garantire la connettività interna alle AFT, il collegamento con l’Azienda, senza alcun onere aggiuntivo né attuale né futuro per la AUSL7, salvo quelli previsti da disposizioni ed accordi regionali .

A tal fine, successivamente alla firma dell’accordo sarà costituito un gruppo di lavoro con gli specialisti AUSL 7 e Direzione Sanitaria AOUS per condividere le modalità attuative dei PDTA già installati.

Le parti convengono l’adesione al progetto informatico sia consentita a tutti i medici aderenti alle AFT ed ai medici aderenti ai moduli di CCM per le rispettive parti di effettiva necessità rispetto ai progetti attivati.

## **SEZIONE OTTAVA: Formazione e Ricerca**

Le parti condividono i contenuti della delibera della Giunta Regionale Regione Toscana n.778 del 06-10-2008 sull'insegnamento della medicina generale ed il ruolo dei MMG nelle attività di didattica e di ricerca, e si impegnano per la sua attuazione.

L'ASL 7 condivide l'importanza di istituire il registro dei medici di medicina generale sperimentatori e di favorire e patrocinare le iniziative di ricerca epidemiologica e clinica in medicina generale approvate dal Comitato Etico; ove tali richieste vengano proposte da soggetti terzi ( provider o aziende) gli sperimentatori si faranno carico di verificare l'accreditamento ECM.

Sono integralmente richiamate le parti del punto 8 dell'AIR attuativo dell'art 20 dell'ACN., anche relativamente ai contenuti oggetto dell'attività di formazione dando concreta applicazione a quanto previsto dagli Accordi Stato-Regioni n. 168 del 1 agosto 2007, n. 192 del 5 novembre 2009 e n. 101 del 19 aprile 2012 e quanto previsto a livello regionale, in particolare:

- passaggio dal debito formativo orario a quello per crediti;
- revisione dell'albo degli animatori di formazione;
- snellimento delle procedure per la definizione dello stesso;
- individuazione di nuovi criteri per la permanenza negli albi;
- implementazione delle FAD come strumento ordinario di formazione.

Gli ambiti di attività della formazione saranno i seguenti:

- formazione pre-laurea, relativamente all'insegnamento universitario e tirocinio pre-abilitazione, previo accordo con l'Università e in ottemperanza alla DGRT 778/08
- formazione specifica post-laurea: triennio del corso di formazione in medicina generale, previo accordo con l'Ordine dei Medici di Firenze;
- programmazione, per quanto di competenza a livello regionale, della formazione continua obbligatoria permanente prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale e dalla normativa regionale; verifica, anche attraverso una relazione annuale, delle attività formative svolte a livello aziendale;
- applicazione del nuovo modello di formazione previsto dall'ACN, dall'AIR e dall'Accordo Aziendale;
- sviluppo dell'*e-learning e audit clinico*;
- formazione continua relativamente alle nuove competenze, anche di tipo manageriale, per l'area delle Cure Primarie: medicina di iniziativa, Chronic Care Model e diagnostica di primo livello, formazione per coordinatori di AFT ed UCCP, Formazione per medici impegnati direttamente nel governo clinico;
- promozione di iniziative formative finalizzate alla condivisione ed attuazione di linee guida e percorsi assistenziali ospedale-territorio con la partecipazione di tutti gli operatori interessati;
- promozioni di iniziative formative / informative per piccoli gruppi omogenei, finalizzate alla lettura/ analisi della reportistica aziendale inviata, autogestite dai medici
- ricerca e sperimentazione in Medicina Generale e Cure Primarie;
- attività connessa all'Alta Formazione traslazionale per la medicina generale;
- scuola di Formazione di Ecografia in medicina generale.
- formazione mirata alla acquisizioni di capacità operative di diagnostica di primo livello
- formazione mirata alla attuazione di progetti previsti dall'Accordo Aziendale e dall'Accordo-contratto tra ASL 7 e Coop Medici 2000
- sperimentazione del nuovo modello di tirocinio in medicina generale come da documento conclusivo del 4 ottobre 2011 dell'Osservatorio Nazionale per la Medicina Generale e successivi accordi
- riconoscimento di crediti ECM per l'attività di tutoraggio svolta per il tirocinio di medicina generale pre-abilitazione, per il corso di formazione specifica in medicina generale e per l'attività di audit concordata con l'ASL 7, previsti dagli Accordi Regionali.

Siena, \_\_\_\_\_

Per l'Azienda:

Il Direttore Generale

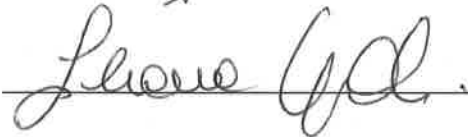


Per le OO.SS.:

FIMMG



SNAMI



SMI

SIMET

Siena, 22. 05. 2013

## ALLEGATO n° 1

Fac simile stampati per obiettivi di salute 1 e 2

<b>OBIETTIVI DI SALUTE: Scompenso cardiaco C11 a.1.2 – Bersaglio “S.Anna”. Sottoporre tutti i pazienti con scompenso cardiaco ad almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio</b>						
Dott. _____		Cod. Reg. _____				
Assistiti in carico nell'anno _____		1,50%				
N°	Cognome e Nome	Diagnosi	Data Richiesta	Avvenuta registrazione creatinina	Avvenuta registrazione sodio	Avvenuta registrazione potassio
Data, _____		Firma e Timbro _____				

<b>OBIETTIVI DI SALUTE: C11 a.2.2 – Bersaglio “S.Anna”. Sottoporre tutti i pazienti con diabete in carico ad almeno 1 misurazione della emoglobina glicata nel corso dell'anno</b>				
Dott. _____		cod. regionale _____		
Assistiti in carico nell'anno _____		4,0 % = _____		
N°	Cognome e Nome	Diagnosi	Data Richiesta	Avvenuta registrazione emoglobina glicata
Data, _____		Firma e Timbro _____		



## **ALLEGATO n° 2**

### **PROGETTO APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO. ANNO 2013**

Il progetto è attuativo di quanto previsto alla sezione sesta dell'Accordo, oltre che di quanto previsto dall'AIR.

Il Progetto elaborato prevede le azioni informative da effettuare; gli obiettivi da raggiungere suddivisi in individuali, di forme associative e complessivo aziendale; le azioni da adottare; gli incentivi al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Progetto appropriatezza in ambito farmaceutico ha validità dalla stipula al 31/12/2013.

### **Proposte operative e modalità attuative**

#### **Azioni informative.**

1. Diffusione degli indirizzi regionali sulla qualità prescrittiva farmaceutica a tutti gli operatori interessati (Medici di Medicina Generale, Specialisti ambulatoriali, Medici dei Presidi Ospedalieri) attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle Strutture.
2. Informazione e diffusione delle note AIFA aggiornate (sito internet Aziendale, materiale cartaceo), e dei farmaci con brevetto scaduto a tutti gli operatori interessati (Medici di Medicina Generale, Specialisti ambulatoriali, Medici dei Presidi Ospedalieri )
3. Condivisione (finalizzata all'utilizzazione effettiva) di un Prontuario Terapeutico Aziendale o di Area Vasta con tutti gli operatori interessati. (Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali, Medici dei Presidi Ospedalieri).
4. Attuazione di un registro dove elencare le azioni intraprese dall'ASL 7 per il controllo di applicazione di quanto previsto ai punti 1, 2 e 3.
5. Comunicazione per conoscenza alla Direzione Sanitaria AOUS delle note informative dell'ASL 7 relative alla prescrizione farmaceutica, al fine della diffusione ai loro operatori, nonché definizione del loro impegno attuativo.
6. Organizzazione di una giornata informativa di sensibilizzazione pubblica sull'uso e sul consumo appropriato dei farmaci.
7. Impegno dell'ASL 7 per specifiche iniziative rivolte agli operatori delle attività specialistiche con maggiore indice di inappropriatezza (urologia, diabetologia, oculistica, neurologia, psichiatria) al fine di concorrere ad una più adeguata utilizzazione delle risorse. Promozione da parte dell'ASL 7, possibilmente di concerto con la Direzione dell'AOUS, di appositi incontri tra MMG e Specialisti per definire comportamenti condivisi.

#### **Disposizioni**

1. L'azienda adotta disposizioni affinché in fase di dimissione o consulenza: a) Rispetto di quanto previsto dalla DGRT 148/2007 ed in particolare: i medici, dipendenti o convenzionati, che all'atto della dimissione ospedaliera o visita specialistica ravvedano la necessità di eseguire una prescrizione farmaceutica o di dare indicazioni in merito alla terapia farmacologica al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta devono attenersi al prontuario ospedaliero in essere presso la struttura in cui operano. Nel caso in cui il medico ravveda la necessità di prescrivere un farmaco al di fuori del prontuario ospedaliero, è tenuto a trasmettere copia della prescrizione farmaceutica alla Direzione Sanitaria aziendale con allegata apposita relazione nella quale siano precisati i motivi della prescrizione al di fuori del PTO. b) assicurare la tracciabilità della prescrizione tramite l'uso obbligatorio del ricettario regionale o di analogo documento riconosciuto dalle Aziende; c) assicurare la dispensazione dei farmaci prescritti o proposto, tramite il Servizio Farmaceutico o direttamente dai reparti nell'orario di chiusura della farmacia ospedaliera, per il primo ciclo di terapia; d) l'Azienda adotterà azioni specifiche di verifica e controllo rivolte individualmente ai MMG che hanno indici di spesa superiori al 20% del budget assegnato (se superiore alla media regionale)

2. Controllo a campione tra terapia delle ultime giornate di degenza e terapia indicata al momento della dimissione.
3. Tutti i medici del SSR devono utilizzare criteri/costo beneficio nella prescrizione e devono, a parità d'efficacia, prescrivere farmaci di costo minore.
4. In occasione di visite specialistiche, le terapie "croniche" non potranno essere più modificate, se non motivandolo clinicamente, in particolare se i pazienti sono giunti alla osservazione per motivazioni non inerenti a quelle patologie.
5. I medicinali utilizzati prescritti dai MMG dovranno essere ricondotti a quelli del prontuario di area vasta (salvo specifiche e documentate necessità alternative) e distribuiti secondo i canali di ADI/Ospedale di Comunità /Hospice / RSA e per gruppi di pazienti cronici e fragili politrattati.
6. L'utilizzo dei sartani nella quasi totalità dei casi è indicato a seguito del manifestarsi di effetti collaterali dell'ACE inibitore, che si hanno solo dopo almeno 30 giorni dall'inizio della terapia. Pertanto questi farmaci non dovranno essere utilizzati in prima istanza, se non motivandolo clinicamente in cartella clinica.
7. L'appropriatezza prescrittiva per le terapie antidislipidemiche deve essere rispettata da tutti i medici e pertanto in prima istanza è indicato l'utilizzo di statine a brevetto scaduto o di primo livello. Le statine di II livello dovranno essere prescritte quasi esclusivamente dai MMG, dopo aver verificato che il paziente non abbia raggiunto un target ottimale attraverso l'impiego le statine a brevetto scaduto o di primo livello.
8. Verifica a campione del rispetto delle note AIFA e delle indicazioni di prescrizione qualitativa della Regione Toscana.
9. Incremento della distribuzione diretta. Ai fini del raggiungimento del tetto e della riduzione della spesa farmaceutica convenzionata i MMG aderiscono obbligatoriamente alle iniziative e procedure aziendali adottate per incrementare l'assistenza farmaceutica con la modalità "consegna diretta dei farmaci" ad esclusione della erogazione secondo DPC .
10. Per i pazienti cronici /fragili politrattati, impossibilitati a ritirare i medicinali c/o le strutture aziendali previste per la consegna diretta, l'Azienda si impegna a far ritirare le prescrizioni (ricette SSR e/o piani di trattamento) c/o ambulatori in associazione e consegnare successivamente i pacchetti personalizzati c/o gli stessi ambulatori o effettuando una consegna al domicilio del paziente. Ciascun MMG si impegna a collaborare per il raggiungimento del risultato indicando un numero di pazienti non inferiore al 5/1000 assistiti in carico
11. L'Azienda si impegna a promuovere/rinnovare accordi con tutte le farmacie private e pubbliche ai fini dell'incremento della consegna diretta dei medicinali.
12. Analisi della spesa generata da farmaci prescritti sulla base di piano terapeutico ai fini della valutazione della spesa del Medico di Medicina Generale ove risulti opportuno.

## **1. Obiettivo quantitativo a monitoraggio individuale e associazione**

### **Obiettivi:**

#### **1a) Budget individuale per assistito pesato**

La Regione Toscana per l'anno 2013 ha assegnato all'ASL 7 un tetto di spesa netta di €. 34.558.466 corrispondente a spesa lorda di €. 42.144.470.

Le parti convengono che a seguito della depurazione per la quota parte riferibile agli assistiti in carico ai PLS la spesa lorda viene assunta in €. 41.203.672 .

Le parti assumono che gli assistiti pesati di riferimento sono quelli in carico ai MMG incluso la popolazione in attesa di assegnazione ed esclusa la popolazione in carico ai Pediatri di Libera Scelta, per un numero pari a 289.421.

L'Azienda USL si impegna a promuovere l'effettuazione della scelta del Medico Curante.

**Ne consegue che il parametro di spesa lorda procapite per assistito pesato, arrotondato, viene stabilito in Euro 142,37 e costituisce obiettivo per ciascun Medico di Medicina Generale per l'anno 2013.**

**1b) Numero ricette**

Ciascun MMG ha come obiettivo quello di contenere il numero delle ricette per assistito pesato entro il corrispondente numero effettuate nell'anno 2012

**1c) Appropriatezza prescrittiva**

Si assumono come indirizzi quelli forniti dalla Regione Toscana e riportati nella tabella allegata in calce.

Ciascun medico, analizzando la propria prescrizione, potrà valutare le azioni ritenute più idonee per il raggiungimento dell'obiettivo di spesa pro capite individuale .

**Incentivi:**

**1a) Budget individuale per assistito pesato**

In presenza del raggiungimento dell'obiettivo 2013 di spesa netta convenzionata per assistito pesato sopra indicato, l'incentivo economico, pari ad € 0,50 ad assistito pesato, verrà corrisposto a tutti i medici di assistenza primaria (MMG) che avranno raggiunto l'obiettivo individualmente.

In presenza di tutti i componenti delle forme associative (gruppo/rete/associazione) che hanno raggiunto l'obiettivo individuale l'incentivo sarà maggiorato del 20%

**1b) Numero ricette**

Costituisce obiettivo per ciascun Medico il raggiungimento dell'obiettivo sopraindicato.

In presenza del raggiungimento dell'obiettivo, l'incentivo economico sarà pari ad € 0,10 ad assistito pesato.

**1c) Appropriatezza prescrittiva**

Costituisce elemento di indirizzo e di utilità per il raggiungimento degli obiettivi personali e collettivi. Non dà luogo ad incentivo corrispondente

**2. Obiettivo qualitativo individuale e collettivo. Farmaci in distribuzione diretta (esclusa DPC)**

**Obiettivo:**

Distribuzione diretta di farmaci ai pazienti con elevata spesa farmaceutica.

Da un elenco di pazienti con elevato consumo di farmaci e spesa farmaceutica fornito dalla ASL (non tutti i medici sono in grado di ricavare l'elenco, spesso mancano le prescrizioni fatte a domicilio nei paz ADI) , i MMG si impegnano:

- ad individuare tra i propri assistiti un numero pari almeno al cinque per mille, caratterizzati da una elevata spesa farmaceutica,
- predisporre ed aggiornare per ciascuno di essi il piano di trattamento (vedi apposito stampato) completo dei farmaci prescritti e della relativa posologia;
- spedire il piano di trattamento via e-mail o consegnare lo stesso il cartaceo all'apposito servizio indicato dall'ASL 7.

L'ASL 7 organizza un servizio di raccolta dei piani di trattamento relativi ai pazienti sopra indicati , acquista direttamente i relativi farmaci e provvede alla loro consegna presso il domicilio dei pazienti o presso gli studi medici in cui esistono le condizioni logistiche (medicine di gruppo, dotazioni di personale, orari di apertura, ecc.) o presso le sedi distrettuali.

**Incentivi:**

Ai MMG che utilizzano i piani terapeutici e conseguentemente la consegna diretta, per almeno il cinque per mille dei loro assistiti, sarà corrisposto un incentivo pari ad €. 0,45 ad assistito pesato

### **3. Obiettivi Qualitativi di distribuzione diretta a monitoraggio individuale**

#### **Obiettivo:**

La Regione Toscana ha assegnato all'ASL 7 di Siena l'obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari ad € 34.558.466. Al raggiungimento di tale obiettivo sarà effettuato un risparmio pari ad € 1.387.974. L'AIR prevede che il 15% di tale somma, che corrisponde ad € 208.190, rappresenta il fondo di appropriatezza da risparmi sulla farmaceutica convenzionata.

Qualora venga conseguito un maggior contenimento della spesa, oltre quanto sopra indicato questa ulteriore somma verrà ripartita per il 60% ad investimenti strutturali per l'AFT e l'UCCP, per il resto a disponibilità dell'ASL 7, salvo nuovi eventi normativi di rilievo sulla spesa.

Tenuto conto degli indirizzi, azioni ed obiettivi riportati alla sezione sesta "Progetti Appropriatezza" dell'Accordo Quadro Aziendale e delle proposte operative sopra descritte, l'Azienda si impegna a mettere a disposizione dei medici diverse modalità organizzative ("canali") aziendali per favorire la consegna diretta ai pazienti :

Accordi con Farmacie convenzionate; distribuzione presso RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, Cure Intermedie, punti farmaceutici per la continuità (compreso quello dell'AOUS)

#### **Fondo Appropriatezza e incentivi:**

Il risparmio verificatosi al raggiungimento del budget (pari a € 208.190) va a costituire il fondo di appropriatezza da risparmi sulla farmaceutica, e verrà utilizzato secondo i criteri indicati nello stesso AIR:

- a) - il 50 per cento delle risorse saranno destinate all'Azienda sanitaria;
- b) - il 25 per cento sarà destinato ad investimenti strutturali per le AFT ed UCCP;
- c) - il 25 per cento sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:
  - una quota pari a 12,5 per cento (ovvero il 50 per cento della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della sanità d'iniziativa;
  - il restante 12,5 per cento (il 50 per cento della quota complessiva) per gli obiettivi concordati nel presente accordo fatto salvo la clausola di salvaguardia.

#### **Clausola di salvaguardia**

In considerazione della nuova formulazione prevista dall'AIR per la costituzione del Fondo per l'appropriatezza, si ritiene valore fondamentale ed irrinunciabile la costituzione di un "Fondo di appropriatezza" a garanzia di copertura dei risultati individuali ottenuti ancorchè non fossero ottenuti quelli aziendali che vanno a costituire il Fondo tramite il quale finanziare anche gli obiettivi dell'Accordo. L'Azienda si impegna ad investire risorse aziendali, fino ad un massimo di 300.000 euro.

Tale somma, sarà coperta da bilancio aziendale ove non ottenuto il risparmio aziendale atteso complessivamente e progressivamente sostituita da quest'ultimo, ove realizzato.

## Allegato: Azioni per l'Appropriatezza Prescrittiva

Descrizione	Obiettivo della medicina generale
1) Incidenza farmaci prescritti presenti nelle liste della trasparenza della regione-base annua-	<b>&gt; =72% del totale delle confezioni erogate in convenzionata</b>
2) Inibitori di pompa acida ATC= AO2BC Unità Posologiche(UP) anno prescritte per assistito pesato	<b>&lt; = 18 UP anno per assistito pesato</b>
3) Inibitori della HMG CoA reduttasi (Statine) ATC=C10AA) incidenza farmaci prescritti non coperti da brevetto –unità posologiche annue-	<b>&gt; = 92% del totale delle unità posologiche prescritte del gruppo C10AA</b>
4.1) Inibitori della HMG CoA reduttasi (Statine) ATC=C 10AA e C10BA) percentuale pazienti aderenti alla terapia	<b>&gt; = 45% dei pazienti trattati con farmaci delle due classi ATC con prescrizioni &gt; = 290 unità posologiche annue</b>
4.2) Inibitori della HMG CoA reduttasi (Statine) ATC=C 10AA e C10BA) percentuale pazienti con prescrizioni > = 420 unità posologiche annue	<b>&lt; = 2% dei pazienti in carico</b>
5) Sostanze modificate dei lipidi , associazioni ATC=C10B unità posologiche per 100 abitanti ( popolazione pesata ) all'anno	<b>&lt; = 30 unità posologiche</b>
6.1) Inibitori selettivi della Serotonina (SSRI) ATC N06AB DDD/1.000 abitanti/Die	<b>&lt; = 30 DDD</b>
6.2) Inibitori selettivi della Serotonina (SSRI)ATC N06AB incidenza farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua	<b>&gt; = 90% del totale delle unità posologiche del gruppo ATC</b>
7.1) Altri antidepressivi ATC N06AX DDD/1.000 abitanti/die	<b>&lt; = 7 DDD</b>
7.2) Altri antidepressivi ATC N06AX incidenza farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua	<b>&gt; = 90% del totale delle unità posologiche del gruppo ATC</b>
8.1) Antidepressivi ATC NO6A totale pazienti trattati con < = tre confezioni anno	<b>&lt; = 15 dei pazienti trattati</b>
8.2) Antidepressivi ATC NO6A % pazienti trattati con DDD all'anno > = 450	<b>&lt; = 2% dei pazienti trattati</b>
9) ACE Inibitori associati e non associati ATC C09C e C09D : % di unità posologiche sul totale della classe ATC C09	<b>&gt; = 30% di UP del totale UP della classe ATC C09</b>
10)ACE Inibitori associati e non associati ATC C09C C09D : % farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua	<b>&gt; = 90% di UP del totale UP della classe ATC C09C e C09D</b>
11.1) ACE Inibitori associati ATC C09A e C09B : % farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua-sul totale UP ATC C09A	<b>&gt; = 99,5% di UP del totale UP della classe ATC C09A</b>
11.1 a) ACE Inibitori associati ATC C09B : % farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua-sul totale UP ATC C09B	<b>&gt; = 90 % di UP del totale UP della classe ATC C09B</b>
11.1 b) Perindopril associato e non associato ATC C09AA04 e C09BA04: % di generici unbranded	<b>&gt; = 95% UP del totale delle classi ATC C09AA04 e C09BA04</b>

12 )Derivati diidropiridinici ATC C08CA: % UP prescritte sul totale della classe	<b>&gt; = 95% UP del totale delle classe ATC C08CA</b>
13.1) Antibiotici ATC J01 : DDD/1000 ab /die	19 DDD
13.2) Antibiotici ATC J01 : % confezioni iniettabili	<b>&lt; = 20 % delle confezioni totali della classe ATC J01</b>
13.3) Fluorochinoloni ATC J01MA: % UP per farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua	<b>&gt; = 95% UP del totale delle classe ATC J01MA</b>
14.1) Bifosfonati associati e non associati ATC M05BA e M05BB : % UP per farmaci prescritti non coperti da brevetto-base annua	<b>&gt; = 75% UP del totale delle classe ATC M05BA e M05BB</b>
14.2) Bifosfonati ATC M05BA : % UP per farmaci prescritti del totale della classe ATC M05B-base annua	<b>&gt; = 70% di UP della classe ATC M05BA su totale della classe ATC M05B</b>
15.1)Farmaci nota AIFA 79 : % dei pazienti trattati con almeno 290 UP all'anno	<b>&gt; = 55%</b>
15.2) Farmaci nota AIFA 79 : % dei pazienti con anni > = 65 e un ricovero frattura di femore trattati con almeno 290 UP all'anno	<b>&gt; = 70%</b>
16.1)Morfina associata e non associata : mg procapite anno per popolazione pesata	<b>&gt; = 7 mg</b>
16.2) Morfina associata e non associata: % sul totale delle dosi annue erogate di farmaci per la terapia del dolore severo	<b>&gt; = 10%</b>
16.3)Farmaci per il dolore severo:DDD/1000 ab/die	<b>&gt; = 2,5 DDD</b>
17.1)Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie ATC R03AK:% dosi dei farmaci per aerosol ATC R03A	<b>&lt; = 50</b>
17.2) Salmeterolo associato: % sul totale delle dosi della classe ATC R03AK	non inferiore a quella del 2012
18.1)Pazienti con spesa trimestrale superiore a 300 euro	<b>monitoraggio</b>
18.2)Numero di farmaci erogati a pazienti con età >80 anni	
A) Segnalazioni ADRs	Almeno 1 segnalazione anno

## **ALLEGATO n° 3**

### **PROGETTO DI APPROPRIATEZZA IN AMBITO SPECIALISTICO E DIAGNOSTICO. Anno 2013**

Fanno parte integrante del progetto le disposizioni dell'AIR approvato con deliberazione della G.R: n°1231 del 28/12/2012 e le disposizioni dell'Accordo Aziendale in particolare anche quelle relative al capitolo dell'appropriatezza specialistica e diagnostica

Il Progetto elaborato prevede le azioni informative da effettuare; gli obiettivi da raggiungere suddivisi in individuali, di forme associative e complessivo aziendale; le azioni da adottare; gli incentivi al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Progetto appropriatezza in ambito specialistico ha validità dalla stipula al 31/12/2013.

#### **1. Obiettivo Quantitativo individuale e di forma associativa**

##### **Obiettivo**

Riduzione globale del numero di prestazioni in ambito specialistico e diagnostico incluse le prestazioni di Laboratorio, rispetto al numero pro capite consolidato per l'anno 2012, considerate come dato di base abbattute del 5%. Il valore Aziendale dell'anno 2012 è pari a n.3.770.357 prestazioni, che, ridotto del 5% risulta pari a 3.581.839 prestazioni.

Per prestazioni si intendono quelle prescritte alla popolazione di assistiti del MMG .

##### **Incentivi**

- a) - Il MMG che riduce del 10% il numero globale di prestazioni rispetto all'anno 2012: €. 0,40 ad assistito pesato.
- b) - Il MMG che mantiene nell'anno in corso comunque un valore inferiore alla media aziendale: 0,40 ad assistito pesato.
- c) - Il MMG che riduce di 10% il numero globale di prestazioni rispetto all'anno 2012 avendo già un valore inferiore alla media aziendale: 0,80 ad assistito pesato.
- d) - maggiorazione del 20% se la forma associativa di appartenenza raggiunge l'obiettivo in tutti i suoi componenti

Gli incentivi saranno erogati al formarsi del fondo, ridotti in misura proporzionale a quanto previsto in base alla disponibilità del fondo stesso.

#### **2. Obiettivo Quantitativo Collettivo**

##### **Obiettivo:**

Ai sensi dell'allegato 3 dell'AIR (Appropriatezza prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa della delibera GRT del 28/12/2012 n. 1231), costituisce obiettivo la riduzione globale del numero di prestazioni in ambito specialistico e diagnostico rispetto al numero consolidato per l'anno 2012, abbattuto del 5%. (Valore Aziendale anno 2012, ridotto del 5% : 3.581.839 ).

Il fondo dell'appropriatezza si costituisce con la minor spesa generata dal minor numero di prestazioni.

In considerazione del fatto che al diminuire delle prestazioni resta attiva la maggioranza dei costi legati alla produzione, il risparmio effettivo medio di ogni prestazione è determinato nel modo seguente:

- Tariffa (da flusso SPA) complessiva per specialistica e diagnostica nell'anno 2012 (€.34.641.067)
- Individuazione del numero complessivo di determinazioni nell'anno 2012 (n° 3.770.357 )
- Determinazioni del costo medio di prestazione pari a euro 9,18.

- Viene considerato costo cessante rispetto al costo medio una quota pari circa al 10% (0,918 euro a prestazione) in quanto vengono ridotti solo alcuni fattori di costo: materiale di consumo, manutenzione dotazioni strumentali, spese generali, ecc.
- Applicazione di tale parametro al numero di minori accertamenti specialistici e diagnostici effettuati nell'anno 2013 rispetto a quelli effettuati nell'anno 2012 abbattuti del 5% ( 3.581.839).

La somma risultante va a costituire il fondo per l'appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico per l'anno in corso

Il "Fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica e diagnostica" sarà così impiegato:

- il 50 per cento delle risorse saranno destinate all'Azienda sanitaria; -
- il 25 per cento sarà destinato ad investimenti strutturali per le AFT ed UCCP;
- il 25 per cento sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:
  - una quota pari a 12,5 per cento (ovvero il 50 per cento della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della sanità d'iniziativa;
  - il restante 12,5 per cento (il 50 per cento della quota complessiva) per gli obiettivi concordati nel presente accordo.



## **ALLEGATO n° 4**

### **SCHEMA PROGETTO AFT**

#### **Rilievo condizione territoriale**

L'ASL 7 si impegna a mettere a disposizione i propri dati e garantire la collaborazione

- Centri di Cure Intermedie ed altre strutture pubbliche
- Attività Convenzionale MMG (e PLS). In particolare sedi e caratteristiche degli studi (ambienti, telefonia, dotazioni informatiche, strumentazione diagnostica) orari di studio, forme associative, presenza di personale di collaborazione, partecipazione a progetti, progetti coop attivati, ADI, ADP
- Continuità Assistenziale e 118
- Medicina d'Iniziativa
- Attività integrative
- Strutture di volontariato e private esistenti
- Esenzioni per patologie, invalidità, ausili consegnati

Inoltre saranno rilevati i seguenti elementi:

- Risorse finanziarie afferibili alla zona
- Spesa farmaceutica
- Specialistica e diagnostica (prestazioni, spesa)
- Trasporti sanitari (volume attività e spesa)
- Ricoveri ospedalieri

#### **Valutazione sui rilievi effettuati**

#### **Ipotesi di progetto a regime ed individuazione di priorità**

#### **Indicazione delle necessità finanziarie connesse al progetto**

In particolare per:

- Sedi
- Personale di studio
- Dotazioni strumentali e diagnostiche
- Reti di comunicazione (telefonia, informatica)
- Formazione ed audit

## **Allegato n°5: stampato per il piano di trattamento**

**PIANO di TRATTAMENTO**  
*(per pazienti con prescrizione di più farmaci)*

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ N° Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

**PIANO DI TRATTAMENTO:**

Diagnosi \_\_\_\_\_  
Durata prevista del trattamento (validità non superiore a 6 mesi) \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE: Medicinale o Principio attivo / Forma farmaceutica / Dosaggio**

A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_ Nota AIFA \_\_\_\_\_ U.P. consegnate\* \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_ Nota AIFA \_\_\_\_\_ U.P. consegnate\* \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_ Nota AIFA \_\_\_\_\_ U.P. consegnate\* \_\_\_\_\_  
D. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_ Nota AIFA \_\_\_\_\_ U.P. consegnate\* \_\_\_\_\_  
E. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Forma Farmaceutica \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_ Nota AIFA \_\_\_\_\_ U.P. consegnate\* \_\_\_\_\_

*\*a cura del farmacista che eroga indicare le unità posologiche (U.P.)*

**Spazio per timbro e data di spedizione o apposizione etichette adesive:**


Data consegna \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma per ricevuta dell'Assistito \_\_\_\_\_  
(o delegato)  
Firma Farmacista \_\_\_\_\_

