

Accordo Aziendale 2013 per il Servizio di Continuità Assistenziale

in applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale per l'anno 2013
siglato in data 06/12/2012 contenente Linee di Indirizzi Regionali ai sensi della D.G.R. n. IX/4334 del
26/10/2012

Visto l'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) siglato in data 06/12/2013 che al comma 10 conferma i contenuti dei precedenti A.I.R. ed in particolare conferma i contenuti della D.G.R. n. VIII/4723 del 16/03/2007 nella parte seconda alla sezione 2 – Continuità Assistenziale e della D.G.R. IX/2382 del 20/10/2011 punti 7 e 8;

Richiamato l'Accordo Integrativo Regionale 2007 recepito con D.G.R. n. VIII/004723 del 16/05/2007 che nella suddetta sezione 2 prevedeva:

- di estendere l'attivazione della continuità assistenziale alle ore 8,00 del sabato mattina in tutte le ASL della Lombardia riconoscendo un trattamento economico aggiuntivo rispetto alla quota oraria, su determinazioni definite a livello aziendale;
- di garantire un'attività ambulatoriale strutturata presso sedi di Continuità Assistenziale a libero accesso;
- un maggior raccordo con il Medico di Famiglia ovvero una maggiore presa in carico dei pazienti fragili che configura una maggiore e sempre più strutturata relazione con i professionisti del Servizio di Continuità Assistenziale

Richiamato l'Accordo Aziendale 2012 per il Servizio di Continuità Assistenziale che ha recepito il progetto "Sviluppo della Continuità Assistenziale a favore dei soggetti in condizione di fragilità per il periodo 01/06/2012-31/05/2013;

Ritenuto di prorogare le funzioni di MCA referente per il Distretto per la propria postazione;

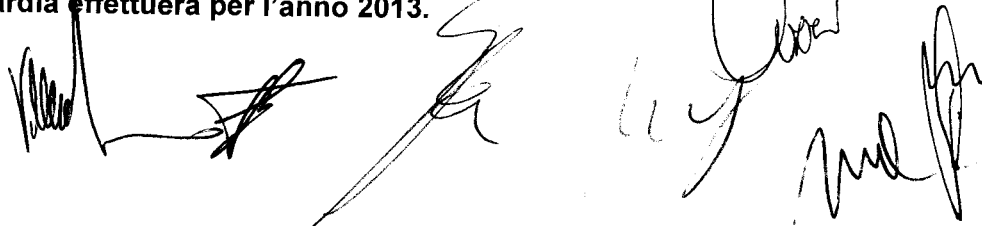
Preso atto della nota regionale prot. 36212 del 02/11/2010 (prot. ASL E0146189/III.9 del 03/11/2010) che autorizza l'impiego dei residui dei fondi assegnati per la Formazione;

Preso atto del parere favorevole espresso dal Comitato Aziendale permanente per la Medicina Generale nella seduta del 20/12/2012 a seguito della presentazione della proroga al 31/12/2013 del progetto "Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità" concordato a livello di Commissione di Continuità Assistenziale costituita con delibera n. 559 del 19/08/2011, modificata con delibera n. 1540 del 29/12/2011;

si conviene:

- di prorogare per l'anno 2013 le attività già in atto in virtù dell'Accordo Aziendale 2012 e non interrotte che hanno consentito il miglioramento dell'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale;
- di recepire la proroga al 31/12/2013 del progetto "Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità" (allegato A).

Gli incentivi previsti dal progetto "Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità" e gli incentivi per le attività seguenti verranno attinti dai residui RAR progetti e RAR formazione e dall'assegnazione del fondo RAR progetti che la Regione Lombardia effettuerà per l'anno 2013.



A) Articolazione del Servizio

Si conferma di estendere l'attivazione della Continuità Assistenziale alle ore 8.00 del sabato mattina.

Viene prorogata dal 01/01/2013 al 31/12/2013 l'erogazione del compenso economico già previsto nel precedente Accordo Aziendale: tariffa oraria vigente maggiorata di 18 €/ora dalle ore 8,00 alle ore 10,00 del sabato.

La corresponsione dell'incentivo è vincolata all'espletamento del turno da parte di un unico Medico.

La rendicontazione del n. delle ore effettuate da incentivare e la liquidazione avverranno mensilmente.

Viene per tale riconoscimento impegnata la quota presunta di € 114.000,00 attingendo alle RAR progetti che verranno assegnate dalla Regione Lombardia per l'anno 2013.

B) Attività Ambulatoriale Strutturata

Si ricorda che con tale attività si pone l'obiettivo primario di garantire prestazioni ambulatoriali non differibili al fine di ridurre l'accesso inappropriato dei Pazienti al Pronto Soccorso.

Secondariamente, quello di dare un'adeguata organizzazione all'attività ambulatoriale svolta dai MCA su richiesta dei Pazienti, garantendo una continuità assistenziale con i Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Famiglia.

L'attività viene prorogata dal 01/01/2013 al 31/12/2013.

Le prestazioni erogate dai Medici nelle fasce orarie dedicate all'attività "ambulatoriale strutturata" sono quelle indicate nella Carta dei Servizi del Servizio di Continuità Assistenziale.

- L'incentivo economico per lo svolgimento dell'attività "ambulatoriale strutturata" sarà riconosciuto a tutti i Medici del Servizio nella misura di 2,50€/h su tutte le ore svolte dai Medici per tutti i turni diurni di sabato, prefestivi infrasettimanali e festivi.
- Viene, inoltre, pattuito un ulteriore incentivo per i MCA operanti c/o le postazioni con "ambulatorio strutturato" nella misura di € 2,00/ora per la stessa tipologia di turni.

Viene per tale riconoscimento impegnata la quota presunta di € 351.000,00 comprensivi di ENPAM attingendo al residuo RAR progetti assegnato per l'anno 2011.

C) Integrazione con le attività distrettuali

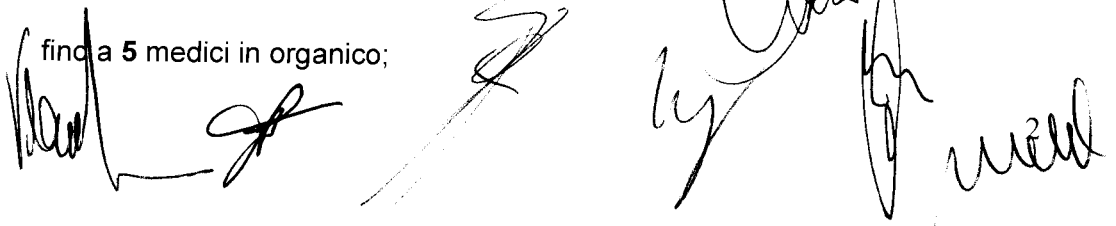
Per sviluppare l'integrazione con le attività dei Distretti Socio-Sanitari è stata promossa la seguente attività aggiuntiva: **Individuazione di un MCA per ogni postazione del Servizio per le funzioni di referente per il Distretto per la propria postazione.**

Richiamate le funzioni affidate al Medico - per la propria postazione - relative a: predisposizione dei turni mensili - collaborazione con il Distretto per il controllo della regolare tenuta armadio farmaceutico - richieste di approvvigionamento di farmaci e modulistica - corretta gestione del registro delle attività di CA e di quello della "attività ambulatoriale strutturata" - partecipazione alle sedute del Comitato Distrettuale in relazione all'o.d.g. e su invito del Direttore di Distretto - supporto ai Colleghi nell'implementazione degli applicativi informatici per la gestione dell'attività - redazione statistica mensile della postazione e rendiconti "progetto fragili" - rapporti tecnico-organizzativi con il Direttore di Distretto anche per la proposta di azioni di miglioramento - rapporti organizzativi con gli altri medici della postazione - trasferimento ai nuovi incaricati delle conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee-guida e sui progetti condivisi con l'ASL.

Le funzioni del Medico referente vengono prorogate dal 01/01/2013 al 31/12/2013.

Stante il diverso carico di lavoro, le funzioni svolte saranno retribuite con un gettone mensile di:

- € 100,00 fino a 5 medici in organico;



- € 150,00 tra 6 e 10 medici in organico;
- € 200,00 oltre 10 medici in organico.

Il pagamento sarà effettuato mensilmente salvo recupero dei compensi già erogati in caso di valutazione semestrale negativa da parte del Direttore di Distretto. L'incarico di referente cesserà qualora il Medico si dimetta da tale funzione, venga trasferito di sede oppure riceva una valutazione negativa da parte del Direttore di Distretto.

Viene per tale riconoscimento impegnata la quota presunta di € 50.000,00 comprensivi di ENPAM attingendo per Euro 17.000,00 al residuo RAR progetti assegnato per l'anno 2011 e per Euro 33.000,00 al residuo RAR formazione anni 2007-2008-2009-2010-2011

D) "progetto Fragili" – Allegato A

Viene impegnata la quota presunta di € 238.000,00 compreso ENPAM attingendo alle RAR progetti che verranno assegnate dalla Regione Lombardia per l'anno 2013.

Dichiarazione finale

- Per quanto qui non esplicitato si fa riferimento e si conferma quanto previsto dall'Accordo Aziendale siglato in data 09/09/2010.
- Quanto previsto dal presente Accordo sarà oggetto di revisione o di annullamento in relazione ad eventuali successive disposizioni da parte di Regione Lombardia.
- Le parti convengono che eventuali quote residue derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi delle attività e della proroga del progetto *"Sviluppo della Continuità dell'Assistenza a favore dei soggetti in condizione di fragilità"* previste dal presente Accordo verranno reinvestite in Progetti per il Servizio di Continuità Assistenziale da concordare, così come previsto dall'AIR 2007 - cui l'AIR 2009-2010 fa espresso rimando, con le OO.SS. in sede di Comitato Aziendale.
- Si dà atto che nel calcolo dei costi derivanti dalle attività del presente Accordo non sono compresi eventuali medici aggiuntivi per ampliamento delle postazioni con attività ambulatoriale strutturata e/o per il potenziamento degli organici.

Letto, confermato e sottoscritto

Bergamo, 20 dicembre 2012

PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Giorgio Barbaglio

Per l'ASL della Provincia di Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Maria AZZI

Per F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
Dott. Guido MARINONI

Per SMI
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
Dott. Marcello BRAMBILLA

Per INTESA Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE SIMET
Dott. Giancarlo TESTAQUATRA

Per S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo
IL PRESIDENTE
Dott. Marco AGAZZI

**ACCORDO AZIENDALE 2013 con le ORGANIZZAZIONI SINDACALI
dei MEDICI di MEDICINA GENERALE
per il SERVIZIO di CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**Progetto "Sviluppo della Continuità dell'Assistenza
a favore dei soggetti in condizione di Fragilità"**

Obiettivi

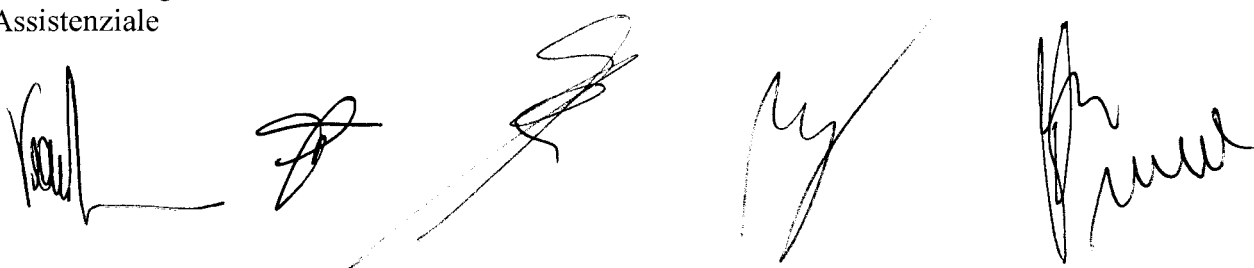
Scopo del presente progetto è la realizzazione di una maggiore integrazione del Servizio di Continuità Assistenziale con il sistema di Cure Primarie e con la popolazione del territorio afferente alla postazione del Servizio, con particolare riferimento all'assistenza di soggetti anziani e di pazienti in condizioni di fragilità.

Un percorso di graduale integrazione può contribuire a modificare l'attuale condizione di "isolamento professionale" in cui si trovano ad operare i Medici Continuità Assistenziale (MCA), che devono rispondere a richieste di prestazioni indifferibili di soggetti di cui non conoscono il trascorso clinico ed i bisogni assistenziali. Se questa situazione non è ideale per la gestione dei pazienti in generale, essa risulta tanto più impegnativa quando si tratti di pazienti fragili.

Il progetto rappresenta la prosecuzione dell'analogo progetto realizzato nell'ambito dell' Accordo Aziendale dei MCA 2012. E' rivolto ai pazienti fragili segnalati dai propri Medici Assistenza Primaria (MAP), nonché a pazienti che, affetti da specifiche patologie croniche – preventivamente individuate – o con condizioni clinico-assistenziali misconosciute o critiche, giungano all'osservazione dei MCA e come "fragili" vengano segnalati al loro MAP.

Obiettivi specifici:

- ☐ implementare l'integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale con il Sistema delle Cure Primarie
- ☐ garantire una continuità della cura non solo temporale, ma anche metodologica
- ☐ aumentare il grado di integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale con la popolazione del territorio afferente alla postazione del Servizio
- ☐ incrementare il numero delle visite domiciliari da parte dei Medici di Continuità Assistenziale
- ☐ evitare ricoveri ospedalieri inappropriati
- ☐ effettuare un'azione di prevenzione secondaria e creare una rete di supporto favorendo il riconoscimento da parte del MAP di situazioni clinico-assistenziali misconosciute o critiche
- ☐ aumentare il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti del Servizio di Continuità Assistenziale



Tempi

Il presente progetto prenderà avvio il 1° giugno 2013 e si concluderà il 31 dicembre 2013.

Modalità

Tutti i MAP della provincia di Bergamo saranno sollecitati ad aderire al progetto, anche prevedendo una loro adesione formale entro il 15 maggio 2013 (**allegato n. 2**).

Essi ricopriranno il ruolo di case manager, segnalando i nominativi dei loro assistiti “fragili” da includere nel progetto per un tempo definito, rinnovabile in funzione delle condizioni dell’assistito.

Il MAP aderente al progetto deve:

- predisporre per ciascuno degli assistiti segnalati una scheda sanitaria contenente le informazioni utili alla gestione del paziente (**allegato n. 3**), da lasciare a casa dell’assistito;
- raccogliere il consenso dei pazienti per la trasmissione all’ASL ed ai MCA dei propri dati personali al fine dell’inserimento nel progetto (**allegato n. 4**);
- trasmettere il modulo di consenso espresso da tali pazienti al Distretto di appartenenza - ad operatore designato dal Direttore di Distretto - con modalità atte alla tutela della privacy;
- in caso di MAP aderenti al CReG, compatibilmente con l’evoluzione del progetto, rilasciare all’assistito “fragile” arruolato nella sperimentazione la scheda con il piano di cura personalizzato che sarà dal paziente esibito al MCA in caso di visita domiciliare/ambulatoriale e rendere disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ai pazienti che abbiano espresso il consenso richiesto dal Sistema CRS-SISS i piani di cura per i pazienti ambulatoriali.

Potrà segnalare esclusivamente i pazienti che abbiano espresso il loro consenso.

Il Direttore di Distretto o suo delegato consegnerà al MCA referente per postazione l’elenco dei nominativi dei pazienti segnalati e provvederà ad aggiornarlo a seguito di nuove segnalazioni.

Il Medico di Continuità Assistenziale che esegue la prestazione, su richiesta dell’Assistito, mediante visita domiciliare – tenendo conto delle informazioni sanitarie fornite dal Medico curante che trova a casa dell’assistito - **compilerà l’allegato M come previsto dall’ACN.**

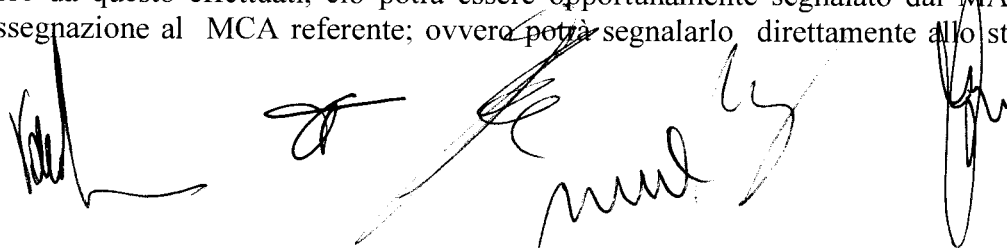
Con cadenza mensile (entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento) il MCA referente di postazione raccoglierà ed inoltrerà al Distretto di appartenenza:

- l’elenco aggiornato dei pazienti fragili segnalati/approvati dal Medico di Assistenza Primaria (**allegato n. 6**);

- gli elenchi dei “pazienti fragili” visitati dai MCA corredati dai relativi “allegati M” riportati in (**allegato n. 7**) che specifica se trattasi di paziente segnalato dal MAP o individuato dal MCA..

Dovrà, altresì, raccogliere ed inoltrare al Distretto l’elenco redatto a cura dei singoli MCA aderenti con i relativi allegati M.

Qualora il paziente “fragile” segnalato fruisca di un piano di Assistenza Domiciliare Integrata che preveda anche accessi del MAP nei giorni di sabato – domenica – festivi infrasettimanali, che non possano essere da questo effettuati, ciò potrà essere opportunamente segnalato dal MAP al Distretto, per l’assegnazione al MCA referente; ovvero potrà segnalarlo direttamente allo stesso MCA referente.



Effettuato l'accesso, il MCA dopo aver preso visione del diario clinico del paziente, lo aggiornerà delle prestazioni che ha ritenuto opportune e necessarie effettuare, compilerà il modello M quale documento da allegare alla rendicontazione mensile da consegnare al Distretto.

Per raggiungere ed assistere con la massima sollecitudine il più alto numero possibile di malati in condizioni critiche, i MCA aderenti al progetto - qualora chiamati al domicilio di un paziente in effettive condizioni di fragilità, ma non segnalato come tale dal suo MAP - apporranno sul "Modello M" che rilascano al paziente per la consegna al Medico curante la dicitura "Progetto fragili: si propone inserimento Signor nell'elenco pazienti fragili".

Ciò subordinatamente all'acquisizione del consenso informato da parte del paziente (**allegato n. 5**). La mancata risposta del MAP entro 10 giorni dalla richiesta avanzata dal MCA proponente tramite il "Modello M" verrà considerata "silenzio-assenso" ed il paziente segnalato verrà quindi da quest'ultimo inserito nell'elenco dei pazienti "fragili" cui assicurare l'assistenza secondo le modalità garantite al "paziente fragile".

La segnalazione al MAP - tramite "Modello M"- da parte dei MCA potrà riguardare i pazienti che si trovano in una delle seguenti condizioni o siano affetti dalle seguenti patologie, con particolare riguardo a situazioni recentemente evolute:

- ADI;
- Oncologici;
- con broncopatia cronica in ossigeno terapia;
- con scompenso cardiaco classe NYHA III-IV;
- con cirrosi epatica scompensata;
- in dialisi;
- con malattie del motoneurone;
- in allettamento o semi allettamento permanente;
- in stadio terminale;
- anziani con demenza;
- dimessi per intervento di chirurgia maggiore;
- Alzheimer;
- diabetici obesi.

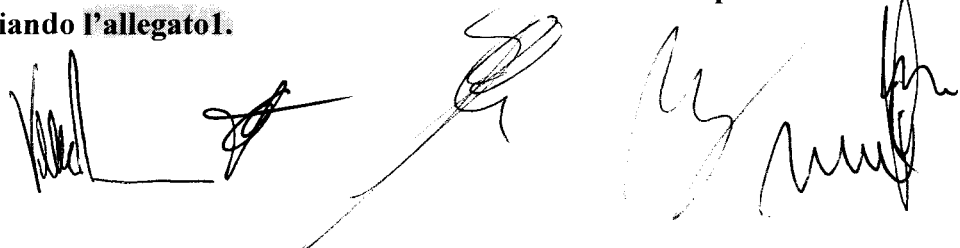
Restano valide le segnalazioni dei pazienti "fragili" recepite nel corso del progetto 2012, fatta salva diversa indicazione del MAP o del Distretto.

Destinatari – Compensi

Tutti i MCA possono prendere parte al progetto su base volontaria.

L'adesione va inviata con l'allegato modulo all. 1) al Distretto Socio-Sanitario di appartenenza entro il 15 maggio 2013.

I MCA che prenderanno servizio successivamente al termine di adesione potranno aderire al presente progetto inviando l'allegato 1.



Le quote incentivanti saranno rapportate alla data di presentazione della scheda di adesione.

Il trattamento economico dei MCA aderenti al progetto che soddisfino i criteri sotto riportati al punto 1) sarà costituito da:

1) € 1.75 lordo/ora: la quota sarà retribuita entro febbraio 2014

Criteri di valutazione per l'erogazione della quota:

- a) adesione al progetto;
- b) partecipazione a due eventi formativi obbligatori per MCA nel 2° semestre 2013 in base alla calendarizzazione degli eventi che verrà comunicata dal Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale

2) quota per accesso domiciliare a paziente "fragile", equiparata al compenso dell'Assistenza Programmata (€ 20,66/accesso). Viene inserito in questa voce il pagamento a tariffa convenzionale delle visite in Piano ADI (allegato 8).

Qualora il costo degli accessi che verranno effettuati dovesse superare la cifra disponibile prevista destinata al pagamento degli accessi domiciliari la quota sarà ridefinita in sede di Comitato Aziendale.

I compensi di cui al punto 1) saranno erogati in quota proporzionale al periodo di oggettiva partecipazione al progetto.

Per il finanziamento del progetto si fa riferimento al comma 10 dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Medicina Generale siglato in data 6 dicembre 2012 che conferma i contenuti dei precedenti Accordi Integrativi Regionali, in particolare quelli contenuti nella DGR VIII/4723 del 16 Marzo 2007 nella parte II - sezione 2 – Continuità Assistenziale.

Monitoraggio

Quali indicatori del progetto (**allegato 9**) saranno presi in esame relativamente ai pazienti "fragili":

- il numero dei pazienti segnalati dai MAP;
- il numero dei pazienti segnalati dai MCA;
- il numero di allegati M compilati dai MCA;
- il numero di accessi domiciliari effettuati;
- il numero di invii al pronto soccorso.

Al fine di implementare ulteriormente l'integrazione e la comunicazione tra MAP e MCA, possono essere previste riunioni periodiche tra gli stessi, su base distrettuale.

Clausola finale

Qualora la Regione assumesse determinazioni in contrasto od integrative rispetto a quanto previsto dal presente progetto, si procederà all'adeguamento dello stesso per un allineamento a quanto previsto dalla Regione.

Conseguentemente si effettuerà il conguaglio positivo o negativo degli oneri.

