

Accordo Locale di applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2013 e di Governo Clinico 2013 per la Medicina Generale

Preso atto dell'AIR sottoscritto il 6 dicembre che demanda alle ASL la gestione, secondo specifiche "linee di indirizzo" ricomprese nell'accordo regionale stesso, della destinazione di una quota economica "locale" denominata "**Quota Complessiva Aziendale di RAR**", con il presente documento ASL e OO.SS. dei MMG condividono le "voci" di destinazione di succitata quota.

Considerato che l'AIR conferma le precedenti indicazioni anche in tema di "Governo Clinico" si provvede, salvo successive diverse indicazioni da parte degli organi tecnici regionali a integrare l'Accordo anche su tale argomento.

1) Accordo di applicazione dell'AIR 2013

Premesso che l'AIR non ammette un riconoscimento retroattivo e prevede la stipula dell' Accordo di norma entro il 31-12-2012 la sottoscrizione di tale documento entro il 2012 adempie alle indicazioni e non prevede decurtazioni del budget locale assegnato a seguito di ritardo nella sottoscrizione. Quindi la decorrenza degli effetti economici si intende a partire dall'1-1-2013.

Sempre in premessa si precisa che la "**Quota Complessiva Aziendale di RAR**" assegnata alle ASL ammonta a 0,81 € per assistito (carico assistiti al 30 novembre 2012 – **oneri compresi**), corrispondendo per l'ASL di Cremona a 257.500 €. Tale valore costituisce, a norma dell'AIR il "**limite massimo economico**" entro il quale l'ASL può operare per gli Accordi Locali nel rispetto delle "linee di indirizzo" regionali per voci non remunerate dall'ACN.

Precisato che l'AIR vieta alle ASL di impegnare la quota in argomento per altre attività non previste dalle indicazioni regionali (fondo vincolato), le "voci" previste per l'investimento del fondo economico "Quota Complessiva Aziendale di RAR" sono le seguenti:

- 1) Incremento quota accesso ADI (+1,76 €);
- 2) incremento quota accesso ADP (+1,76 €);
- 3) eventuali attività individuate dall'ASL previo accordo con le OO.SS.;
- 4) attività già in essere al 31-12-2012 che si vuole continuare;
- 5) riconoscimento delle forme di associazione semplice che si sono evolute;
- 6) incremento indennità (77,47 €) informatica (minimo + 20% pari a circa 15 € mese);
- 7) maggiore accessibilità allo studio medico;
- 8) Assistenza Domiciliare;
- 9) riconoscimento delle forme associative formatesi dopo il 31-12-2010
- 10) riconoscimento delle dotazioni di personale avvenute dopo il 31-12-2010

Per i punti 5,6,7 e 8 l'AIR fornisce l'indicazione di scelta prioritaria.

Preso pertanto atto di quanto sopra ma in particolare dei contenuti integrali dell’AIR tra ASL della provincia di Cremona e OO.SS. dei MMG si concorda di privilegiare ai fini del finanziamento a partire dal 1° gennaio 2013 quanto segue:

- a) Riconoscimento economico delle forme di associazione semplice che si sono evolute (un gruppo che evolve in rete);
- b) incremento indennità (77,47 €) informatica del 20% pari a 15,494 € mese. Tale scelta nello spirito di compensare parzialmente la sospensione di ogni incentivo collegato al sistema SISS;
- c) Riconoscimento economico delle forme associative formatesi dopo il 31-12-2010 (3 medicine di gruppo più 5 medici singoli che aderiscono a medicine di rete o di gruppo) e che ne abbiano fatto richiesta entro il 13/12/2012;
- 11) riconoscimento economico della dotazione di personale avvenuta dopo il 31/12/2010 (tre collaboratori di studio, 4 infermieri) e che ne abbiano fatto richiesta entro il 13/12/2012;
- 12) maggiore accessibilità allo studio medico.

Tabella riepilogativa delle assegnazioni (oneri compresi)

“Quota Complessiva Aziendale di RAR” oneri compresi	€	257.500,00
quota impegnata integrazione informatizzazione (+20%)	€	50.000,00
quota impegnata evoluzione associazioni semplici	€	15.000,00
quota impegnata forme associative costituite dopo 31-12-2010	€	83.500,00
quota impegnata dotazione personale di studio dopo 31-12-2010	€	43.500,00
quota per maggiore accessibilità allo studio medico	€	65.500,00
totale	€	257.500,00
differenza da budget	€	0

Per il punto 12) “maggiore accessibilità allo studio medico” è il caso di precisare che si intende la disponibilità fornita da gruppi di medici organizzati, di prevedere per l’intero arco della giornata (8-20) la presenza di un medico per assolvere ai bisogni degli assistiti. Tale servizio sarà offerto presso una sede unica, il medico sarà coadiuvato da personale di studio e i medici aderenti dovranno essere collegati in rete, come tra l’altro già previsto per le medicine in rete, di gruppo e “miste”. Il Servizio offerto che prevede la presenza del medico nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali e nei prefestivi seguiti da due festività consecutive decorrerà a partire da inizio 2013. Nei prefestivi normali la copertura del servizio è prevista dalle 8 alle 13. Altri aspetti relativi all’organizzazione della nuova offerta saranno precisati in una specifica nota “tecnica” inviata ai gruppi interessati da parte del Dipartimento Cure Primarie. Altre disposizioni moduleranno il progetto in condivisione con le OO.SS. nel corso del tempo in relazione a necessità/bisogni/criticità emergenti. I medici aderenti ai gruppi partecipanti al progetto di “maggiore accessibilità allo studio medico” accederanno alla suddivisione del fondo di cui in tabella e saranno remunerati a quota capitaria.

L’ampliamento dell’accessibilità allo studio come sopra prevista interpreta le numerose disposizioni in materia in tema di h12/h24 e nello stesso tempo fornisce una margine maggiore a future iniziative di implementazione degli “ambulatori per patologia”.

A conclusione del presente 1° paragrafo, si precisa che, essendo la “Quota Complessiva Aziendale di RAR” non necessariamente continuativa negli anni (stipula di diversi accordi futuri), il finanziamento di ogni voce sopra

riportata, considerata nell'Accordo Locale, non è garantito negli anni successivi. Tale precisazione vale anche per la remunerazione delle forme associative e del personale di studio.

Inoltre, in considerazione che l'AIR prevede un'eventuale sua revisione in ambito regionale a 6 mesi, il presente Accordo sarà rimodulato in relazione a diverse decisioni assunte dal livello regionale.

2) Accordo di Governo Clinico 2013

Si riconferma l'introduzione riportata sul documento "Accordo Aziendale sul Governo Clinico fra MMG e ASL della Provincia di Cremona anno 2012" e le azioni sul medesimo riportate, che comunque si riportano di seguito nel dettaglio.

In premessa si ricorda che gli Organi Tecnici di Regione avevano rinviato all'ASL la prima versione di Governo Clinico 2012 già sottoscritta da tutte le componenti locali. L'ASL aveva pertanto rimodulato il progetto, nuovamente sottoscritto da tutte le componenti coinvolte, omettendo il coinvolgimento dei MMG nell'obiettivo di incremento della prescrizioni di farmaci equivalenti ed a brevetto scaduto come da indicazioni regionali.

Nel presente documento in alternativa al coinvolgimento di cui sopra viene aggiunta pertanto una nuova "azione" da svolgere da parte dei MMG aderenti, che in pratica si sostanzia nella fornitura di alcuni dati/indicatori di monitoraggio sulla "disassuefazione dall'abitudine tabagica". I dati richiesti potrebbero essere considerati banali ma si ritiene siano utili come base (punto) di inizio (di confronto) per avviare in futuro iniziative sull'argomento da parte dei soggetti coinvolti nella promozione di corretti stili di vita. Tale adempimento è riportato alla lettera C) del presente accordo.

A) Collaborazione nei percorsi assistenziali

Gestione del paziente affetto da Diabete Mellito: in continuità con gli anni precedenti si ritiene di mantenere alta l'attenzione sulle problematiche riguardanti il paziente diabetico.

Nel corso dell'anno, qualora necessario, si chiederà ai medici e/o a loro rappresentanti di collaborare ad un aggiornamento e miglioramento continuo della versione del PDTA riguardante la gestione del paziente affetto da diabete mellito condivisa tra tutti i soggetti coinvolti.

Si chiede inoltre la collaborazione a valutare ed eventualmente mettere in atto forme di integrazione ospedale-territorio di presa in carico dei pazienti o comunque di miglioramento della loro assistenza stimabile anche con la riduzione delle loro complicanze e quindi dei ricoveri conseguenti.

B) Promozione attiva dello screening del tumore al seno

Si concorda altresì, in considerazione dell'importanza dell'argomento, dei relativi riflessi etici e sulla qualità dell'assistenza, in continuità con gli anni precedenti, di confermare la collaborazione dei MMG nella promozione attiva, verso i loro assistiti rientranti nell'età target, dello screening del tumore della mammella.

L'esperienza come noto è già stata avviata nella seconda metà dell'anno 2011. A parte la possibilità di valutazioni formali sulle modalità di adesione concreta e rendicontazione dei medici, il breve tempo considerato ha permesso valutazioni solo parziali dei risultati (aumento delle donne che si sono sottoposte allo screening rispetto agli anni precedenti) che comunque inducono a continuare nell'esperienza.

Il proseguo del progetto anche nel 2013, in relazione anche all'esperienza acquisita dai medici nella gestione delle dinamiche del progetto, si ritiene possa permettere una più adeguata valutazione da parte dell'area di Prevenzione Medica dell'impatto dell'intervento attivo dei Medici di Famiglia sullo screening in termini di % di adesione..

Ai MMG saranno trasmessi da parte del Dipartimento Cure Primarie come ormai consueto gli elenchi di assistite, stilati dal Dipartimento di Prevenzione Medica verso i quali dovrà essere svolta un'azione attiva che induca il paziente a sottoporsi agli accertamenti preventivi.

L'elenco riporterà le pazienti che nel corso dell'anno sono state invitate a sottoporsi all'accertamento e donne relativamente alle quali, in riferimento ai sistemi informativi dell'ASL, risultano non abbiano effettuato la mammografia da almeno 3 anni.

Si è ritenuto, inoltre, al fine di ottenere una maggiore compliance all'esame, di predisporre un fac – simile di ricetta per la prescrizione della mammografia tramite i canali dello screening che potrà essere direttamente compilata dai MMG e che eviterà i lunghi tempi d'attesa previsti dalle agende del CUP.

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la verifica che un numero ragionevole di persone di quelle coinvolte dalla sollecitazione, effettivamente abbiano aderito all'invito sottoponendosi allo screening, comportando così un incremento della mammografia nelle non aderenti orientativamente non inferiore al 10% per medico. A meno che il medico non abbia già raggiunto una copertura screening non inferiore al 70% della popolazione target.

E' previsto anche il ritorno di report (elenco delle assistite) con riportata la data di sensibilizzazione alla effettuazione dell'accertamento da parte del medico o del suo personale. Potranno essere riportate delle note tra le quali ad esempio l'eventuale già avvenuta effettuazione dell'indagine da parte dell'assistita qualora sfuggita ai sistemi informativi ASL o effettuata "privatamente". La trasmissione corretta di tali report costituisce un altro indicatore di raggiungimento dell'obiettivo e di adesione concreta al progetto da parte del singolo medico.

Su tale collaborazione i Medici saranno supportati dall'invio di note tecniche per lo svolgimento degli adempimenti connessi.

A conclusione del presente paragrafo si sottolinea che l'impegno nel raggiungimento dell'obiettivo, più che dal sistema premiante, deve essere guidato dalla consapevolezza dell'importanza del progetto per la salute delle donne e delle relative responsabilità etico-professionali connesse.

A) Trasmissione di alcuni indicatori di monitoraggio sulla "desuefazione" dall'abitudine tabagica"

Nel ribadire che i dati richiesti potrebbero essere ritenuti banali, si ritiene siano utili come base (punto) di inizio (di confronto) per avviare in futuro iniziative sull'argomento da parte dei soggetti coinvolti nella promozione di corretti stili di vita.

Sarebbe pleonastico dilungarsi sull'evidenziare che l'abitudine tabagica secondo l'OMS è la prima causa evitabile di morte nei paesi occidentali ed è un fattore di rischio di molte malattie.

Di seguito gli "indicatori di monitoraggio dell'abitudine tabagica e della disassuefazione"

- 3) N° assistiti per i quali è stata rilevata la condizione di "Fumatore"
- 4) N° assistiti per i quali è stata rilevata la condizione di "Non fumatore"
- 5) N° assistiti per i quali non è possibile fornire il dato relativo alle due domande precedenti
- 6) N° assistiti "Fumatori" verso i quali nel corso dell'anno 2012 il MMG ha svolto counseling motivazionale breve (almeno 7-10 min di colloquio) per la disassuefazione dall'abitudine tabagica
- 7) N° assistiti "Fumatori" che durante il corso dell'anno 2012 il MMG ha inviato all'ambulatorio distrettuale del servizio dipendenze o al centro antifumo ospedaliero.
- 8) N° assistiti "Fumatori" di età ≥ 65 M
- 9) N° assistiti "Fumatori" di età ≥ 65 F
- 10) N° assistiti "Fumatori" di età inferiore a 65 anni F
- 11) N° assistiti per i quali il MMG ha prescritto una terapia farmacologica per la disassuefazione al fumo

Modalità di corresponsione della quota

Salvo diverse decisioni regionali riguardanti le modalità, le tempistiche e il valore dell'importo, il compenso spettante ai singoli MMG per le categorie degli obiettivi sopracitati (A,B e C), secondo quanto previsto dal comma 15, lett. B) art. 59, verrà erogato in due soluzioni nella misura del:

- 50% a titolo di acconto per l'adesione e la partecipazione alle attività aziendali, così come definito dall'Accordo Integrativo Regionale;
- 50% restante al raggiungimento dei risultati negoziati per le aree di attività A, B e C.

Il pagamento della quota in acconto, secondo specifiche indicazioni regionali degli scorsi anno, sarà effettuato non oltre il 31 Luglio 2013 (salvo disposizioni diverse degli organi regionali competenti), mentre il pagamento della quota a saldo proporzionalmente al grado di raggiungimento dell'obiettivo sarà effettuato di massima (secondo precedenti disposizioni) entro il 31 Marzo 2014, previa verifica del "nucleo di valutazione aziendale", salvo difformi disposizioni regionali.

Il Medico in caso di adesione è tenuto a collaborare a tutte le progettualità.

Si concorda, inoltre, che il presente Accordo (2° paragrafo) impegna il Medico di Famiglia aderente a proseguire il raggiungimento degli obiettivi sopra menzionati sino alla stipula di altro specifico Accordo di Governo Clinico.

Cremona, li 28/12/2012

Per l'ASL

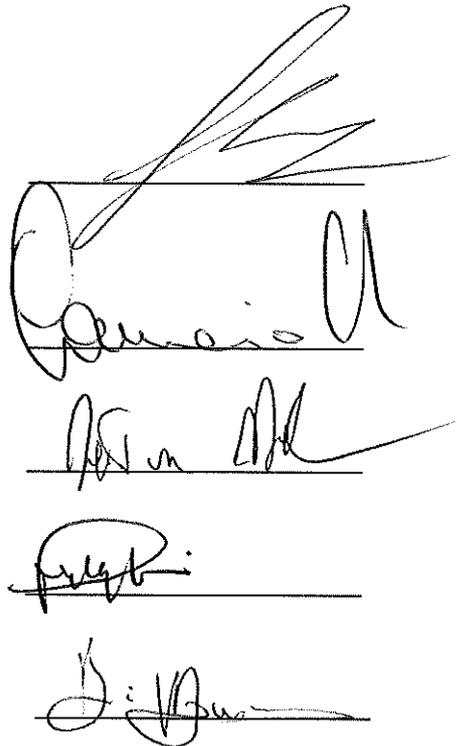
IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Gilberto Compagnoni

Per le OO.SS.
UMI - SMI
Dr. Alfredo Camaiora

FIMMG
Dr. Antonio Di Malta

INTESA MEDICA
Dr. Giorgio Medagliani

SNAMI
Dr. Maurizio Boni



Nota a verbale SNAMI: lo SNAMI avrebbe desiderato che l'intera quota per maggiore accessibilità allo studio medico fosse stata interamente riservata a incrementare la "dotazione informatica".
