



**Accordo Quadro Aziendale  
per la  
Medicina Generale  
2004 - 2006**

Firenze, 1 ottobre 2004

## **Premessa**

In applicazione a quanto previsto dal DPR 270/2000 ed al fine di realizzare quanto indicato in premessa all'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale (ACR), il presente Accordo Quadro intende migliorare il rapporto costo/efficacia del servizio sanitario, operando in un contesto finalizzato al mantenimento della compatibilità con le risorse assegnate.

Già nel 2002 e nel 2003 l'Azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale hanno contrattato e sottoscritto un accordo che entrambe le parti hanno riconosciuto qualificante per i contenuti ed i risultati ottenuti. Su questa base si è inteso proseguire la collaborazione realizzata, concretizzandola in un nuovo Accordo Quadro che avrà una durata triennale.

Tenuto conto, in particolar modo, di quanto previsto al punto 1.1 dell'ACR, che individua quali indirizzi da perseguire nell'area della Medicina Generale:

- ❖ qualificazione della domanda e dell'offerta;
- ❖ orientamento, qualificazione e appropriatezza di prestazioni specialistiche;
- ❖ deospedalizzazione e ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica;

Tenuto conto che lo stesso ACR, al punto 1.2 indica:

- ❖ obiettivi essenziali;
- ❖ sostenibilità;
- ❖ strumenti,

L'Accordo Quadro aziendale individua alcune finalità prioritarie:

- ✓ valorizzare le cure primarie, orientando i Medici di Medicina Generale (MMG) ad esercitare un ruolo fondamentale nel percorso assistenziale dei pazienti ed a divenire soggetti attivi nel governo dei servizi;
- ✓ consolidare ed espandere le forme associative, comprese le cooperative;
- ✓ coinvolgere in modo strettamente integrato le forme associative previste dall'art. 40, comma 3, punto A con le strutture distrettuali e con la Società della Salute, al fine di realizzare una forte rete periferica di sinergie capaci di affrontare criticità territoriali e offrire soluzioni;
- ✓ prendere atto degli obiettivi assegnati dalle indicazioni nazionali e regionali in merito al contenimento dell'incremento di spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata esterna;
- ✓ contenere il tasso di ospedalizzazione entro il 160/1.000, anche grazie al miglioramento dell'assistenza nei confronti della popolazione anziana, sia a domicilio che nelle RSDA; in merito possono essere anche sperimentati nuovi percorsi assistenziali per particolari situazioni e patologie che provocano ricoveri ripetuti.

L'Azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. firmatarie del presente Accordo reputano che solo attraverso una migliore integrazione dei MMG con le strutture aziendali

possano essere garantiti una maggiore appropriatezza nell' utilizzo delle risorse, un' organizzazione più funzionale ed una gestione ottimale del territorio quale sede primaria di assistenza.

Considerano prioritario orientare sempre più i loro interventi verso un sistema di qualità che, anche attraverso nuovi modelli di gestione delle patologie croniche e facendo comunque riferimento alla centralità del paziente - utente, assicuri il governo clinico del territorio ed il conseguente maggiore ruolo della medicina generale nei distretti e nella Società della salute.

Ritengono che debbano essere potenziate le principali funzioni della medicina generale ed in particolare quella di produzione di servizi, anche di tipo complesso da parte delle forme di associazione, di funzione di gatekeeper e di governo della domanda.

Ritengono quindi che tutti i MMG, riuniti o meno in forme associative, debbano impegnarsi a condividere ed utilizzare linee guida e percorsi clinico - assistenziali per le patologie croniche in accordo con modelli validati a livello internazionale come l'Innovative Chronic Care Conditions dell'OMS che si sta sperimentando in alcune nostre realtà; questo anche attraverso periodici incontri distrettuali ed avendo presente l'importanza decisiva di un corretto rapporto tra l'ospedale ed il territorio e tra le diverse componenti e professionalità che agiscono nel distretto, valorizzando l'organizzazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Confermano l'impegno comune nei confronti dell' uso appropriato dei farmaci, della diagnostica strumentale e di laboratorio, delle risorse specialistiche e dei ricoveri ospedalieri.

Ritengono che sul problema della spesa farmaceutica si debba accoppiare alla razionalizzazione della distribuzione dei farmaci un maggior impegno sia da parte della medicina generale sia da parte di tutte le componenti aziendali nel senso dell'appropriatezza prescrittiva potenziando anche le capacità dei medici di medicina generale di comprendere il reale valore professionale dei trias presentati dall'industria farmaceutica.

Ritengono che si debba favorire la capacità, indipendente sia dall'industria che dall'azienda sanitaria, dei medici di medicina generale di formarsi nel senso di una prescrizione farmaceutica basata sull'appropriatezza e sui criteri costo beneficio quali unici strumenti di tutela della salute dei cittadini.

Ritengono che i criteri di valutazione della appropriatezza prescrittiva debbano in futuro essere coniugati all'appropriatezza dell'utilizzo della risorsa diagnostica ed al tasso individuale dei ricoveri tenendo conto dei fattori che differenziano il carico assistenziale individuale dei singoli medici di M.G.

Considerano la formazione uno strumento di valorizzazione delle risorse umane e professionali individuando nella coprogettazione e nella coprogrammazione degli interventi la modalità operativa capace di garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali ed il corretto uso delle risorse.

Ritengono importante che la MG si apra maggiormente all'opinione degli assistiti.

## Capo I - Principi generali

### 1. Oggetto dell'Accordo Quadro

Il presente Accordo Quadro, concordato e sottoscritto dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dalle OO.SS. dei MMG operanti in convenzione con essa, definisce le strategie, le modalità di interazione e di gestione dei contenuti dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e regionale (ACR) per i quali è prevista una trattativa aziendale. L'Accordo Quadro si intende esaustivo degli argomenti trattati, fatte salve le parti per le quali è prevista una negoziazione specifica.

### 2. Durata dell' Accordo Quadro.

Il Contratto Integrativo Aziendale ha validità triennale e viene finanziato annualmente; possono essere concordati ulteriori obiettivi ed apportate variazioni ai contenuti in esso presenti.

### 3. Adesione all' Accordo Quadro

L'Azienda provvederà a trasmettere a tutti i MMG operanti sul territorio copia dell'Accordo Quadro sottoscritto, corredata del modulo di adesione. I medici che intendono aderire agli impegni di cui ai capi III, IV e V trasmetteranno il modulo compilato al Dipartimento Cure Primarie entro 15 giorni.

### 4. Comitato Aziendale

Il Comitato Aziendale esprime pareri obbligatori in merito a quanto previsto dall'art. 11 del DPR 270/2000.

Come stabilito dallo stesso DPR e dall'ACR il Comitato Aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:

- responsabilità convenzionali e violazioni di cui all'art. 16. Il Comitato riceve le conclusioni istruttorie elaborate da una apposita commissione aziendale e in merito a violazioni propone eventuali provvedimenti al Direttore Generale;
- requisiti di apertura degli studi medici secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 22;
- durata delle sostituzioni secondo quanto previsto dal comma 8 dell'art. 23;
- iniziative tendenti al miglioramento dei rapporti fra il MMG e l'ospedale secondo quanto previsto dal comma 1, art. 35;
- definizione di accordi aziendali e di accordi contratto con le cooperative previste dall'all. A dell'ACR;
- interventi nella soluzione di eventuali controversie fra Azienda e forme associative;
- programmazione annuale di formazione continua di cui all'art. 8, DPR 270/00 dei MMG e valutazione della compatibilità con i piani strategici aziendali,

esprimendo un parere al Direttore Generale, in relazione anche al punto 2 dell'ACR.

### **5. Gruppo tecnico Accordi con i MMG**

L'Azienda individua per la gestione dei rapporti tecnici inerenti all'Accordo Quadro e agli Accordi Contratto un gruppo tecnico formato da dirigenti, rappresentativi delle articolazioni aziendali, di supporto alla Direzione ed al Comitato Aziendale di cui all'art. 11 DPR 270/00.

Il gruppo tecnico è composto da:

- ❖ il coordinatore del Dipartimento Cure Primarie;
- ❖ il titolare dello IAC Gestione Accordi MMG;
- ❖ il responsabile S.A. Politiche del Farmaco;
- ❖ il Direttore della S.S. Gestione Personale Convenzionato;
- ❖ il Coordinatore delegato del Comitato d'Azienda.

In caso di necessità il gruppo tecnico può invitare agli incontri il referente delle associazioni interessate.

Il gruppo tecnico conduce la fase preparatoria della contrattazione con le singole associazioni, predispone e analizza i dati di monitoraggio dell'Accordo e li trasmette alla Direzione Aziendale e al Comitato d'Azienda, tiene i contatti con gli organi aziendali coinvolti nella gestione dell'Accordo e coordina gli aspetti organizzativi.

### **6. Negoziazione con le Cooperative mediche**

Una negoziazione con le singole associazioni è prevista per le cooperative, che contrattano con l'azienda il proprio Accordo Contratto previsto dall'ACR.

La negoziazione ha valenza annuale e opera negli ambiti previsti dall'Accordo Quadro.

La negoziazione è condotta dalla Direzione Aziendale, dal gruppo tecnico di cui al punto 5 del presente capo e dal Presidente della Cooperativa. Il Presidente della Cooperativa si impegna a presentare gli obiettivi ai soci della Cooperativa stessa, concordando con loro i contenuti da contrattare.

La contrattazione si conclude con la sottoscrizione reciproca di un documento di negoziazione che contiene gli obiettivi, gli indicatori utilizzati per il monitoraggio ed i livelli di raggiungimento concordati.

I fondi per il contratto con le Cooperative saranno obbligatoriamente reperiti al di fuori di quanto previsto dal presente Accordo Quadro.

### **7. Criteri di attribuzione della prescrizione farmaceutica, dei ricoveri e degli assistiti**

La prescrizione farmaceutica si intende attribuita sulla base delle consegne dei ricettari ai medici singoli o facenti parte di forme associative. I pesi utilizzati per il calcolo della popolazione pesata sono quelli indicati dal vigente PSR per l'assistenza farmaceutica convenzionata. Ai fini del calcolo dei risultati del presente Accordo Quadro, in relazione alla distribuzione diretta, saranno condotti appositi incontri di

concertazione, prendendo quali linee di indirizzo i parametri utilizzati per il calcolo relativo al 2002.

L'attribuzione dei ricoveri al medico viene effettuata utilizzando l'anagrafe sanitaria riferita al momento quanto più possibile centrale del periodo preso in esame. Tale riattribuzione sarà effettuata secondo i criteri definiti da parte della U.O. Epidemiologia (incroci per cognome, nome e data di nascita o codice fiscale o loro parti). Verrà calcolato un tasso standardizzato per età (maschi + femmine) utilizzando i pesi del vigente PSR per l'assistenza ospedaliera. Il tasso di ricovero deve tener conto dei ricoveri ordinari e DH nelle strutture ospedaliere toscane pubbliche e private accreditate.

Ai fini dell'Accordo verrà utilizzata una versione specifica dell'Anagrafe Sanitaria aziendale riferita al momento quanto più possibile centrale del periodo preso in esame, ed in grado di produrre la reportistica e le elaborazioni ritenute necessarie, realizzata secondo i seguenti criteri: selezione assistiti "attivi", tipo assistito 0-5; eliminazione doppie registrazioni ritenendo valida quella con data scelta medico più recente; eliminazione assistiti "attivi" risultanti deceduti da incrocio con archivio Registro Mortalità Regionale più aggiornato; esclusione assistiti da Pediatri di Libera Scelta e soggetti senza scelta medico.

#### **8. Corresponsione delle quote finanziarie correlate all'Accordo Quadro**

La corresponsione delle quote finanziarie collegate all'Accordo Quadro avverrà come di seguito specificato:

- ❖ quote finanziarie facenti parte della quota fissa capitaria, di cui al punto a, art. 45 ACN: liquidazione al medico aderente all'accordo (sullo stipendio);
- ❖ quote finanziarie collegate al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente Accordo: liquidazione al medico aderente all'accordo (sullo stipendio). Tali cifre potranno essere utilizzate fino al 30% per le spese sostenute per l'adesione all'Accordo Quadro. Il restante 70% dovrà essere reinvestito in miglioramenti tecnici, strutturali o comunque in tutte le spese professionali fiscalmente detraibili. Il piano di investimento dovrà essere attestato annualmente con autocertificazione del medico perché l'Azienda possa disporre la liquidazione della cifra, fermo restando che l'utilizzo degli incentivi potrà essere diluito nel triennio di vigenza del presente contratto.

#### **9. Impegni da parte dell'Azienda Sanitaria di Firenze**

- ❖ L'Azienda Sanitaria di Firenze si impegna a diffondere ai MMG che aderiscono all'Accordo Quadro l'informazione relativa a: strategie aziendali, innovazioni nei servizi offerti, iniziative assistenziali, farmaci. Questo obiettivo può essere realizzato mediante mezzi tradizionali (invio per posta) oppure per via informatica.

- ❖ L'Azienda si impegna a realizzare, nel periodo di durata del presente Accordo incontri con la medicina generale finalizzati alla condivisione di protocolli terapeutici predisposti dalla Commissione Terapeutica Aziendale.
- ❖ L'Azienda Sanitaria si impegna a far sì che quanto concordato con la Medicina Generale sui rapporti fra ospedale e territorio sia applicato anche dalle Aziende Ospedaliere di Area Vasta.
- ❖ L'Azienda Sanitaria si impegna a far sì che le linee guida sull'uso appropriato delle eparine a basso peso molecolare e sulla gastroprotezione, definite dalla Commissione Terapeutica, vengano applicate da tutte le componenti sanitarie aziendali.
- ❖ L'Azienda Sanitaria si impegna ad estendere a tutta la Medicina Generale entro la fine del 2004 quanto previsto dal PSR in merito alla diagnostica per le urgenze differibili.
- ❖ L'Azienda Sanitaria si impegna ad affrontare il problema del sovraffollamento dei Dea aziendali ed in particolare il problema della limitazione delle attività di Pronto Soccorso non finalizzate alla stabilizzazione o all'esclusione e trattamento di situazioni urgenti in particolare sostenendo la sperimentazione dei punti di primo soccorso attualmente in fase di sperimentazione.
- ❖ L'Azienda si impegna a promuovere incontri tra Regione, MMG, Aziende Ospedaliere per assumere precisi impegni in riferimento alla distribuzione diretta dei farmaci in dimissione, all'utilizzo delle note CUF ed in relazione alle norme che prevedono corretti rapporti professionali fra le varie categorie degli operatori sanitari a livello di Area Vasta.

Al fine di eliminare quanto possibile le distorsioni generate dal fenomeno dell'induzione, migliorare il livello di integrazione dei sistemi e mitigare la possibile influenza collegata a popolazioni di assistiti particolari, l'Azienda, anche in riferimento ai principi dettati dalla Regione Toscana mette in atto le seguenti azioni:

- ❖ Implementazione della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e farmaci di cui alle deliberazioni della Regione Toscana, che saranno distribuiti dall'Azienda per cicli mensili-trimestrali di terapia sulla base del piano terapeutico;
- ❖ Implementazione della distribuzione diretta per la prescrizione in dimissione dal ricovero ospedaliero e dalle visite specialistiche e farmaci prescritti ai pazienti in RSA, da realizzare attraverso le farmacie ospedaliere, territoriali e Sesto Fiorentino;
- ❖ Avvio della distribuzione diretta nelle RSA;
- ❖ Predisposizione da parte della Commissione Terapeutica Aziendale di un Prontuario Terapeutico di Azienda per favorire l'erogazione diretta di farmaci in dimissione ospedaliera e ambulatoriale, formulato secondo principi di EBM e farmacoeconomici, in aderenza alle note CUF.
- ❖ La Direzione Sanitaria Aziendale si impegna ad effettuare controlli periodici

sui medici dipendenti e convenzionati per verificare che le disposizioni di cui al punto precedente vengano effettivamente attuate.

- ❖ Inoltre, per le seguenti patologie, come possibilità alternativa alla distribuzione diretta, è previsto che l'indicazione terapeutica da parte dello specialista faccia riferimento alla sola classe farmacologica (escluso quindi molecole e specialità medicinali):
  - ✓ Ipertensione arteriosa;
  - ✓ Diabete mellito;
  - ✓ Patologie acido-correlate;
  - ✓ Asma e BPCO.
- ❖ **Potenziamento dell'attività della Commissione Mista Aziendale - Medicina di Base per L'Assistenza Farmaceutica (Del. D.G. 3230 del 30.05.03), quale strumento di concertazione di tutte le iniziative in materia di assistenza farmaceutica. Alla stessa commissione si affida la funzione di verifica sui comportamenti prescrittivi da parte delle componenti sanitarie aziendali (MMG e dipendenti) rispetto alle indicazioni della Del. GRT 215/03 e alle indicazioni della Direzione Aziendale. A tal fine la commissione viene integrata dal responsabile della struttura organizzativa coinvolta nella verifica. E' demandato alla commissione stessa il compito di condurre incontri per la valutazione del carico assistenziale con i MMG che presentino livelli di prescrizione maggiori o uguali al 35% rispetto alla media aziendale.**
- ❖ **L'Azienda Sanitaria di Firenze si impegna a garantire direttamente ai cittadini tramite i Medici dipendenti dell'Azienda (compresi quelli operanti nei DEA) e gli Specialisti Ambulatoriali l'assistenza farmaceutica che deriva dalle loro prestazioni mediante l'accesso alla distribuzione diretta di farmaci, qualora ciò non sia possibile attraverso la prescrizione su ricettario regionale.**
- ❖ In merito alla distribuzione diretta, l'Azienda Sanitaria di Firenze si impegna a garantire quanto previsto dalla Del. G.R. 295/04, pari a un importo di 7.794.847,78 €

## **Capo II - Definizione aziendale dei rapporti con la medicina generale**

### **1. Percentuale riservata alle forme associative (art. 40, DPR 270/2000 e all. A, ACR).**

L'accordo integrativo regionale, nel fissare le percentuali associative dell'art. 40, comma 6, lettere a, b, c e comma 13, del DPR270/2000, stabilisce che in sede aziendali tali percentuali possono variare nella loro composizione, purché resti imm modificata la valorizzazione economica complessiva. L'Azienda, peraltro, tenuto conto dei lusinghieri risultati ottenuti nel controllo della spesa attraverso la stipula di



accordi sottoscritti con le organizzazioni di medici riuniti in Cooperative od in Associazioni, ritiene indispensabile favorire la proliferazione ed il potenziamento di tali forme associative, in modo da incrementarne sempre di più la loro collaborazione, d'interesse strategico per il perseguimento dei propri fini istituzionali. Per tali motivi l'Azienda, con delibera n. 563 del 9.9.2004, ha deciso di incrementare le risorse da destinare alla corresponsione delle suddette indennità elevando il tetto complessivo annuo da € 2.059.939 ad € 2.602.417, al netto dei contributi Enpam a carico dell'Asl, con un incremento complessivo pari ad € 542.478,00, oltre i contributi Enpam calcolati su tale incremento. Pertanto, considerato che il numero complessivo di utenti in carico ai MMG è valutabile in 740.000 soggetti, l'incremento delle quote riservate ai soci delle forme associative (cooperative comprese) viene così ripartito:

Medicina in Associazione, elevato dal 40% al 45% per un totale di	€ 859.140,00
Medicina di gruppo, elevato dal 26% al 39%, per un totale di	€ 1.341.990,00
Medicina in Rete, invariato al 15% per un totale di	€ 401.287,00

Resta inteso che raggiunto il nuovo tetto annuale di €2.602.417,00, il riconoscimento delle indennità a nuove Associazioni, comprese le Cooperative, ovvero a nuovi aderenti ad associazioni già esistenti, sarà subordinato ad un eventuale ulteriore incremento del suddetto fondo conseguente all'aumento del numero di cittadini iscritti negli elenchi dei MMG.

L'Azienda si impegna a fornire il supporto necessario per una visione analitica dei dati, fermo restando le determinazioni del Comitato ex art. 12, DPR 270.

## **2. Indennità di collaborazione informatica.**

L'Azienda Sanitaria e le OO.SS. concordano che viene individuata la possibilità da parte dei medici di MG di inviare tramite posta elettronica all'Azienda i dati variabili mensili (PPIP, ADP, ADI, RSA, etc.) utilizzando il tracciato record predisposto dalla ASL, e completo di tutti i dati previsti dal tracciato stesso.

Tale invio costituirà prova dell'idoneità degli strumenti informatici utilizzati ai sensi del DPR 270/2000 senza ulteriori controlli. IL software utilizzato deve essere idoneo alla raccolta di dati ad uso epidemiologico ed al monitoraggio degli andamenti prescrittivi sia farmaceutici che di prestazioni specialistiche. Nell'ambito di specifici progetti concordati con le OO.SS. potranno essere richiesti dati ai medici che usufruiscono dell'indennità informatica.

L'attivazione di una casella di posta finalizzata alla comunicazione fra Azienda e medico è requisito essenziale per la corresponsione dell'indennità informatica. L'invio

da parte del medico della conferma automatica di lettura costituisce prova dell'utilizzo della casella di posta.

### **3. Collaborazione di studio e/o infermieristica (art. 45, lett.B4, B5 DPR 270/2000 e All. A ACR)**

L'Azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. firmatarie concordano che l'attribuzione dell'indennità sia basata sui criteri di priorità individuati dall'accordo integrativo regionale.

L'Azienda Sanitaria di Firenze si impegna ad utilizzare personale infermieristico di provenienza aziendale nella gestione delle patologie croniche come da protocolli già firmati con le associazioni cooperative.

### **4 Compiti del medico con compenso a quota fissa (art. 31, comma 3, DPR 270/2000)**

Considerato che i compiti e gli obblighi del medico previsti dall'art.31, comma 3 dell'ACN vengono retribuiti con un compenso capitaro annuo pari a €1.45 (lire 2.800) per assistito, l'Azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. firmatarie concordano che la corresponsione di una quota parte della cifra indicata venga attribuita sulla base della sottoscrizione, da parte del medico, degli impegni di cui al punto d). Fra gli impegni di cui al punto d, nell'ambito dei programmi finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, i medici si impegnano a favorire i progetti aziendali di distribuzione diretta dei farmaci realizzati in base alle indicazioni regionali (Delibera G.R.T. 215/2003) e la prescrizione di farmaci a minor costo a parità di molecola. Di conseguenza i medici che non aderiscono all'Accordo Quadro perdono diritto ad una quota dell'importo di cui al punto d, comma 3, art. 31 DPR 270/00, pari ad un quarto della cifra (pari a 0.36€).

## **Capo III - Adesione del M.M.G.**

L'adesione all'Accordo Quadro del medico di Medicina Generale costituisce il requisito per accedere ai compensi di cui al presente accordo (lett. D, art. 31, comma 3, DPR 270/2000).

N°	DIMENSIONE	CRITERIO	OBBIETTIVI	PESO %	INDICATORI	STANDARD - RANGE
1 2005	ORGANIZZAZIONE	Valorizzare il lavoro d'equipe in accordo con i principi della delibera GRT 402/2004 relativi all'ADI (le sedute di valutazione dovranno essere obbligatoriamente programmate congiuntamente con i singoli MMG)	favorire l'accesso all'ADI della popolazione target; favorire la partecipazione del MMG all'UVM; definire congiuntamente il Progetto individuale di Assistenza		1) N° casi valutati congiuntamente/N° casi eligibili 2) N° PIA formulati congiuntamente/N° casi eligibili  i casi eligibili sono quelli individuati dalla delibera GRT 402/2004 quali II e III livello di intensità assistenziale v.all.1	1) 40%  2) 75%
2 <u>2004</u>	ORGANIZZAZIONE	Creare forme di collegamento con MMG e Continuità Assistenziale per i pz. a rischio di ricovero inappropriato	Rendere disponibile alla Continuità Assistenziale la documentazione clinica dei pz. a rischio di ricovero inappropriato	20% unito al 3	1) individuazione tipologia dei pz. 2) N° note (ART. 42 dpr 270/00)/N° pz. a rischio individuati  v. all. 2	1) Stesura linea guida con OOSS 2) 80% per il c.3
3 <u>2004</u>	ORGANIZZAZIONE	Gestione delle urgenze differibili da parte dei MMG	diminuzione delle presentazioni improprie al DEA rispetto al 2003	20% unito al 2	codici di presentazione dei singoli pazienti al DEA	3) riduzione almeno del 10% delle presentazioni improprie del 2003 al netto dell'eventuale aumento aziendale delle presentazioni al DEA
4 2005	EFFICACIA	Gestire le patologie croniche secondo il Chronic Care Model  Obiettivo riservato all'associazionismo medico (con esclusione delle cooperative per le quali si individuano specifici obiettivi all'interno dei rispettivi accordi contratto)	1) individuare percorsi e protocolli assistenziali per alcune patologie croniche (con OOSS firmatarie) 2) creare registri di patologia 3) favorire programmi di self management 4) programmare gli interventi in integrazione con gli specialisti di II livello e con l'equipe di cura		1) adesione ai percorsi individuati 2) N° registri di patologia creati 3) N° iniziative di self management attivate 4) N° pz. con interventi programmati per almeno una patologia/N° pz. iscritti nel registro per quella patologia	1) almeno 3 2) almeno 2 (1 diabete) 3) almeno una per il diabete, con la partecipazione del 50% dei pz. iscritti nel registro 4) 50%

N°	DIMENSIONE	CRITERIO	OBBIETTIVI	PESO %	INDICATORI	STANDARD - RANGE
5 2005	ORGANIZZAZIONE	Ottimizzare l'attività di screening del colon retto con pieno coinvolgimento dei MMG	1) estendere la copertura aziendale 2) aumentare la compliance		1) Estensione: N° assistiti bersaglio su base aziendale/N° invitati 2) Adesione: N° assistiti bersaglio/N° responders (su base annuale)	1)50% 2)60% nel 2005
6 <u>2004</u>	AUDIT	Revisione dei processi, delle criticità e della casistica	Sottoporre ad analisi il consumo dei farmaci, i ricoveri, la diagnostica strumentale e di laboratorio, la specialistica	Prop.	1) definizione di un modello di report condiviso 2) N° incontri distrettuali 3) N° partecipazioni/N° incontri programmati	1) modello di report aziendale 2) almeno uno a quadrimestre 3) almeno il 75%
7 2005	RISK MANAGEMENT	Identificare gli eventi avversi, sia di tipo clinico che organizzativo	Prevenire e correggere i comportamenti errati		1) identificazione della tipologia di eventi (primo semestre)  2) N° partecipazioni agli incontri/N° incontri effettuati in base agli eventi segnalati	1) definizione di un protocollo di gestione del rischio 2) 50%
8 2005	OPENNESS	Aprire l'attività all'opinione critica degli assistiti e misurare il loro livello di soddisfazione	Effettuare un'indagine di gradimento orientata alla comunicazione con gli assistiti, all'attenzione loro dedicata, all'attesa in ambulatorio		1) stesura di un questionario (primo semestre) 2) analisi statistica delle risposte 3) identificazione dei correttivi	1) questionario
9 <u>2004</u>	APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE RISORSE	Budget per la MG <u>livello associazione</u> <u>aggiuntivo al livello individuale</u>	Razionalizzazione della spesa Farmaceutica	(20%)	Spesa Farmaceutica per assistibile pesato sulla base degli indici del PSR in vigore Al netto degli obiettivi della distribuzione diretta di ASL 10 e delle aziende ospedaliere.	167 € assistibile pesato +/- variazione spesa media RT rispetto al 2003

N°	DIMENSIONE	CRITERIO	OBBIETTIVI	PESO %	INDICATORI	STANDARD - RANGE
10 <u>2004</u>	APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE RISORSE	Budget per la MG <u>livello cooperativa</u>	Razionalizzazione della spesa Farmaceutica	-----	1. Spesa farmaceutica per assistibile pesato < del 10% rispetto all'obiettivo stabilito per il livello associazione 2. Spesa farmaceutica per assistibile pesato < del 8% rispetto all'obiettivo stabilito per il livello associazione 3. Spesa farmaceutica per assistibile pesato < del 5% rispetto all'obiettivo stabilito per il livello associazione 4. Spesa farmaceutica per assistibile pesato < del 3% rispetto all'obiettivo stabilito per il livello associazione	1, il 20% del risparmio 2 il 15% del risparmio 3 il 10% del risparmio 4 il 5% del risparmio
11 <u>2004</u>	APPROPRIATEZZA DELL'USO DELLE RISORSE	Budget per la MG <u>livello individuale</u>	Razionalizzazione della spesa Farmaceutica	(55%)	Spesa Farmaceutica per assistibile pesato sulla base degli indici del PSR in vigore	168 € +/- variazione spesa media RT rispetto al 2003
12 <u>2004</u>		Prescrizioni di Statine	appropriatezza arruolamento (in prevenzione primaria sulla base delle carte del RCV dell'ISS) e continuità terapeutica	5%	1. N° pazienti arruolati in prevenzione primaria sulla base delle carte del RCV dell'ISS/N° pazienti con prescrizione di statine (comunicazione arruolamento da parte dei MMG alla ASL 10) 2. n° conf. di statine prescritte in 12 mesi ai singoli pazienti	arruolamento di almeno l' 85% dei pazienti secondo le indicazioni della nota CUF n. 13 (carte del RCV dell'ISS) 2. ogni singolo paziente dovrà ricevere almeno 10 mesi di terapia in un anno

N°	DIMENSIONE	CRITERIO	OBBIETTIVI	PESO %	INDICATORI	STANDARD - RANGE
13 <u>2004</u>	FORMAZIONE	valutazione degli studi clinici con criteri EBM	Partecipare ai corsi di formazione programmati congiuntamente da Azienda e MG	Prop.	test finale del corso	superamento test di valutazione finale

Obiettivi incentivanti per il 2004:

- a. Razionalizzazione della spesa farmaceutica, livello individuale (obiettivi 11 e 12, 55%+5%) 60%
- b. Razionalizzazione della spesa farmaceutica, livello associazionismo (obiettivo 9) 20% aggiuntivo al precedente
- c. Outcome professionali (obiettivi 2 e 3) 20%
- d. Obiettivi propedeutici sono quelli il cui raggiungimento consente l'accesso al sistema premiante di cui ai punti precedenti.

L'incentivo sulla farmaceutica sarà erogato anche ai Medici di MG (sia singoli che in associazione) che pur non avendo colto l'obiettivo della spesa farmaceutica hanno un tasso di ricovero inferiore del 40% alla media aziendale, se i rispettivi assistiti pesati per età sono uguali o superiori alle scelte.

Gli incentivi sulla farmaceutica saranno corrisposti anche ai Medici di MG i cui costi relativi alla media dei ricoveri e alla specialistica globalmente considerata siano inferiori di almeno il 20% rispetto alla media ASL.

Gli incentivi del presente contratto non fanno parte delle risorse economiche destinate a finanziare l'attività delle cooperative nel 2005.

Gli strumenti professionali e organizzativi per cogliere gli obiettivi sulla razionale prescrizione farmaceutica sono così individuati:

1. utilizzo delle linee guida sul rischio cardiovascolare dell'ISS (carte del rischio italiane), nella prevenzione primaria con statine.
2. utilizzo di farmaci a prezzo di riferimento (generici e/o genericabili) con particolare riferimento alle classi farmacologiche dei FANS e degli SSRI.
3. Controllo secondo le disposizioni vigenti delle prescrizioni effettuate da tutte le componenti mediche, tramite l'apposita Commissione Mista Aziendale
4. Favorire l'erogazione diretta dei farmaci da parte della ASL 10
5. Integrazione dei dati sulla prescrizione farmaceutica con quelli della specialista/diagnostica e ricoveri (report individuali e per associazioni)
6. L'Azienda si impegna a favorire la continuità terapeutica attraverso:
  - a. Rispetto note CUF da parte di tutte le componenti mediche
  - b. Rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale tra ospedale e territorio secondo i criteri di migliore rapporto costo efficacia
  - c. Dotare tutti i medici operanti nei propri DEA di ricettario SSR.

#### **Capo IV - Forme associative di assistenza primaria**

Il presente capo si applica alle forme associative di assistenza primaria (medicina in associazione/in rete/di gruppo).

Ai Medici delle forme associative si applicano gli obiettivi individuali e le azioni aziendali descritte al capo III del presente Accordo.

L'adesione all'Accordo Quadro del medico associato costituisce il requisito per accedere ai compensi aggiuntivi (lett. D, art. 31, comma 3, DPR 270/2000).

Le forme associative di assistenza primaria presenti nel territorio possono aderire, con il concorso libero, volontario e paritario degli associati, all'Accordo Quadro, concordando e sottoscrivendo con l'Azienda obiettivi tendenti al miglioramento di qualità dell'assistenza, particolarmente confrontandosi con il Distretto di riferimento. L'Azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. firmatarie concordano quale obiettivo prioritario di negoziazione l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica, con

particolare riferimento al trattamento di alcune delle patologie prioritarie: ipertensione arteriosa, asma e diabete.

Le Associazioni che intendono aderire all'Accordo Quadro si impegnano ad utilizzare nella gestione delle patologie croniche il modello proposto dall'Azienda Sanitaria alle associazioni cooperative.

L'applicazione delle linee guida sarà monitorata da specifici report individuali e di gruppo.

Le associazioni comunicano, al momento dell'adesione il nominativo di un referente per gli aspetti operativi; la figura del referente ha valore meramente rappresentativo, finalizzato esclusivamente alla semplificazione dei contatti.

Le associazioni si impegnano a discutere ed analizzare congiuntamente, secondo modalità, tempi ed orari concordati, le linee guida ed i report di monitoraggio, che saranno trasmessi dal responsabile al referente dell'associazione, con incontri periodici con gruppi tecnici formati da esperti aziendali coordinati dai Responsabili dei MOM ASC ed a impegnarsi in attività di audit. Fra gli esperti aziendali saranno presenti rappresentanti della farmaceutica aziendale.

Le associazioni che aderiscono all'accordo s'impegnano ad integrarsi con il Distretto in cui operano, garantendo il raccordo funzionale e professionale con il Distretto stesso e con il referente dei MMG nell'Ufficio di Coordinamento, e assicurano la partecipazione alle attività formative specifiche organizzate dall'Azienda su problematiche coerenti alle progettazioni di cui sopra.

La partecipazione attiva alle azioni sopra indicate costituisce requisito per il conseguimento del compenso capitaro collegato all'associazionismo (lett. B2, art. 45 DPR 270/2000).

Gli obiettivi per le forme associative si intendono raggiunti qualora la media dei ricoveri riferiti all'intera associazione non cooperativa non risulti superiore alla media Aziendale secondo una percentuale di oscillazione definita in base ai parametri già utilizzati per l'Accordo Quadro 2002.

Per i medici in associazione che aderiscono al presente accordo gli incentivi vanno a sommarsi a quelli individuali.

## **Capo V - Cooperative**

Le parti concordano che:

- ✓ si riconoscono come cooperative le forme associative di assistenza primaria che rispondono ai requisiti previsti dall'art.40 dell'ACN e quanto previsto nell'allegato A dell'ACR.
- ✓ la semplice appartenenza ad una cooperativa non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo in mancanza di una fattiva adesione del professionista all'Accordo Contratto di cui all'allegato A dell'Accordo integrativo regionale.



L'adesione all'Accordo Quadro di tutti i soci della Cooperativa è requisito essenziale per la stipula dell'Accordo Quadro Contratto con l'Azienda.

L'Azienda si impegna ad aprire annualmente la trattativa per la sottoscrizione degli accordi contratto.

### **Livelli di impegno da parte delle Cooperative**

L'accordo contratto di cui all'Allegato A, ACR, prevede due livelli d'impegno da parte dei medici che aderiscono all'associazione:

**A. Una serie di impegni obbligatori assunti da parte dei professionisti ricompresi nella quota d'entrata di €4.65 (Lire 9.000) per assistito:** tali obblighi vengono individuati in:

- Adesione a linee guida concordate per il trattamento di ipertensione arteriosa, asma, antibioticoterapia, diabete e loro monitoraggio;
- Adesione a percorsi diagnostico terapeutici concordati e condivisi per l'assistenza ai cittadini affetti da particolari patologie;
- Adeguata apertura degli ambulatori: gli studi medici dei soci delle cooperative devono essere aperti per 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì, secondo un orario determinato autonomamente da ciascun medico sulla base di un parametro di 1 ora settimanale di ambulatorio ogni 75 assistiti, con un orario minimo di 5 ore settimanali ed un orario massimo di 20 ore, tenendo conto di eventuali variazioni stagionali.
- La quantificazione delle ore settimanali di ciascun medico verrà effettuata annualmente, in base agli assistiti in carico nel mese di gennaio.
- Prescrizione di farmaci a minor costo a parità di molecola.
- Trasmissione di dati epidemiologici di interesse aziendale attraverso il server centrale della Cooperativa (ad esempio la prescrizione di prestazioni specialistiche) nell'ambito di progetti concordati.

**B. Altri compiti da contrattare con l'Azienda in sede di accordo contratto** perché di particolare interesse e oggetto di ulteriori compensi premianti, sono:

**a. Obiettivi e sistema premiante sulla prescrizione farmaceutica, anche attraverso l'applicazione delle linee guida.**

La mission delle cooperative è l'erogazione di servizi anche per conto dell'Azienda Sanitaria, secondo percorsi diagnostici e terapeutici concordati a livello aziendale e/o di area vasta, tesi ad aumentare la compliance al servizio da parte dei cittadini ed a risolvere il problema delle liste di attesa.

L'Azienda Sanitaria di Firenze, alla presentazione del progetto da parte della Cooperativa, erogherà un bonus iniziale finalizzato al finanziamento delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi. Le attività concordate verranno finanziate dalle

cooperative utilizzando le risorse derivanti dalle razionalizzazioni realizzate ed alle stesse trasferite dall'Azienda.

Il volume assistenziale finanziato sarà proporzionale, per ogni cooperativa, a due parametri:

- ✓ l'appropriatezza della gestione della patologia;
- ✓ l'appropriatezza nell'uso delle risorse farmaceutiche, in particolare il raggiungimento degli obiettivi di spesa individuati dalla delibera RT n. 295/04.

Il bonus sarà diviso in due scaglioni, il secondo dei quali sarà erogato a sei mesi, dopo una verifica congiunta Cooperativa-Azienda, al fine di individuare se la Cooperativa attua quanto previsto dall'accordo contratto ed in particolare quanto previsto dal precedente comma.

Il non raggiungimento motivato degli obiettivi prevederà l'annullamento dell'accordo contratto.

#### **b. Tasso di ospedalizzazione generale**

Per le Cooperative con un numero di soci superiore al 5% del numero totale dei MMG, il tasso di ospedalizzazione del gruppo sarà confrontato con il tasso di ospedalizzazione della ASL, esclusi i medici facenti parte del gruppo stesso, calcolato secondo i parametri previsti al punto 7 del capo I. Il tasso di ospedalizzazione non deve essere superiore a quello dell'intera ASL, come sopra definito. Il raggiungimento dell'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione costituisce condizione per accedere ai fondi relativi agli obiettivi sulla spesa farmaceutica.

#### **c. Ulteriori eventuali progetti proposti dalle Cooperative.**

Le Cooperative in sede di Accordo Contratto potranno proporre eventuali progetti aggiuntivi, che definiscano obiettivi, percorsi, risultati attesi ed un preciso piano finanziario.

### **Capo VI - Norme finali**

L'Azienda si impegna a garantire la copertura degli incentivi previsti dall'accordo in forma di quota fissa attraverso uno specifico stanziamento in bilancio pari a 2 euro per assistibile pesato. La metà di quanto eventualmente non assegnato sarà ridistribuito ai medici che hanno colto gli obiettivi; per il 60% sul livello individuale, per il 20% sul livello associazionismo e per il restante 20% sugli altri obiettivi definiti.

Il sistema premiante individuato dal presente accordo non potrà dar luogo a quote capitarie complessivamente superiori a € 7,75 (comprendente delle quote individuali e di quelle derivanti dal raggiungimento degli obiettivi di gruppo).

Dichiarazione a verbale n. 1:

L'Azienda Sanitaria e le OO.SS. dei MMG concordano che qualora l'attuale discussione con la RT e l'AOU Careggi sull'uso razionale della diagnostica strumentale e specialistica permetta di riportare alla MG una maggiore possibilità di governo della domanda e dell'offerta dei servizi citati, parte dell'eventuale risparmio rispetto alla spesa storica così determinato andrà a finanziare ulteriori obiettivi per i MMG (singoli o in associazione).

Dichiarazione a verbale n. 2:

L'Azienda Sanitaria supererà il tetto complessivo delle quote legate ai soci delle cooperative.

Dichiarazione a verbale n. 3:

L'adesione all'Accordo Quadro di tutti i soci delle cooperative è requisito essenziale per la stipula dell'Accordo contratto con le cooperative medesime.

Dichiarazione a verbale n. 4:

L'Azienda Sanitaria e le OO.SS. della MG considerano indispensabile l'impiego degli strumenti informatici per migliorare i flussi informativi tra MMG ed Azienda, e consentire la trasmissione via telematica dei dati relativi alle prestazioni remunerate a tariffa (accessi domiciliari, ppip, accessi presso RSA e presso Ospedali di Comunità, ecc.), permettendo, inoltre, l'attivazione di un sistema interattivo per lo scambio di informazioni tra l'Azienda ed i MMG collegati in rete. Concordano sull'avvio, nel corso di validità del presente accordo aziendale, di un progetto sperimentale che consenta di collegare alla rete intranet aziendale gli studi dei medici dotati di idonea strumentazione informatica, che verranno così abilitati ad accedere all'anagrafe sanitaria aziendale, limitatamente ai pazienti iscritti nei rispettivi elenchi. I medici collegati si avvarranno dello strumento informatico per comunicare all'Azienda i dati inerenti la loro attività professionale resa in regime convenzionale (assenze temporanee, sostituzioni, prestazioni remunerate a tariffa, ecc.).

Dichiarazione a verbale n. 5:

Tutti i controlli previsti dal presente Accordo in materia di prescrizione farmaceutica, tasso di ricovero, prescrizioni diagnostiche specialistiche saranno oggetto di valutazione anche per coloro che non aderiranno al presente Accordo.

Dichiarazione a verbale n. 6:

L'azienda Sanitaria di Firenze e le OO.SS. si impegnano a definire non oltre il mese di Dicembre 2004 la tempistica degli obiettivi già individuati per l'anno 2005.

Firenze, 1 ottobre 2004

IL DIRETTORE GENERALE ASL 10 FIRENZE

Ing. Luigi Marroni

-----

IL SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG FIRENZE

Dott. Mauro Ucci

-----

IL PRESIDENTE PROVINCIALE SNAMI FIRENZE

Dott. Gianluca Maccioni

NON ADERISCE

**Media intensità assistenziale -II° Livello -**

- operatori coinvolti: MMG con accesso almeno settimanale + almeno 2 operatori di diversa professionalità
- casistica:
  - a) Persone , in genere anziani, in fase di riacutizzazione della/e patologia/e;
  - b) soggetti sottoposti a dimissioni programmate;
- prestazioni da assicurare: sanitarie e sociali; deve verificarsi l' integrazione di almeno due operatori di assistenza, anche se non insieme e contemporaneamente;
- operatori coinvolti:
  - a) Assistente Sociale con periodicità mensile;
  - b) Assistenza infermieristica e/o riabilitativa con uno o più accessi settimanali;
  - c) Operatori O.T.A. - O.S.A.- O.S.S.

**Alta intensità assistenziale - III° Livello -**

- operatori coinvolti: gli operatori descritti al punto precedente+ gli specialisti
- casistica:
  - a) Persone in trattamento con cure palliative;
  - b) Persone in condizioni di criticità : in coma, con insufficienza respiratoria, in NAD;
  - c) Persone anziane, e non, in condizioni di cronicità particolarmente gravi; affette da demenze; con gravi disturbi del comportamento;
- prestazioni:
  - a) Assistenza del MMG tramite accessi anche pluri-settimanali;
  - b) Assistenza infermieristica e riabilitativa con frequenza giornaliera e/o plurigiornaliera;
  - c) Assistenza sociale professionale;
  - d) Coinvolgimento della specialistica (es. Geriatra; Cardiologo; Rianimatore, Psicologo, ecc.), sulla base delle indicazioni del MMG.
  - e) Operatori O.T.A. - O.S.A. – O.S.S.

Le prestazioni possono essere erogate in **forma diretta** dai servizi socio sanitari pubblici con proprio personale e/o attraverso enti e/o associazioni accreditate e in **forma indiretta**, attraverso modalità quali assegni di assistenza alla famiglia e/o buoni servizio,(da definirsi con apposite disposizioni regionali) da utilizzare per l' erogazione di servizi attraverso soggetti accreditati ed in conformità a quanto previsto dal piano individuale di assistenza.

Art. 42 DPR 270/2000

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscono eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte dei medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Possono essere concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative apposite linee guida, ad uso dei medici di medicina generale, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. il medico di assistenza primaria, ove sussistano le linee guida di cui al comma 2, è tenuto alla osservanza del disposto di cui allo stesso comma.

