

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____

ACCORDO AZIENDALE TRA L'ASL VCO E LE OO.SS DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER L'ANNO 2016-2018

Tra

- L'Azienda Sanitaria Locale VCO – P.I. 00634880033 nelle persone dei Direttori dei Distretti di Domodossola, Omegna e Verbania rispettivamente dott. Romano Ferrari, dott. Bartolomeo Ficili, a ciò delegati dal Direttore Generale dott. Giovanni Caruso

e

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

PREMESSO che:

- l'art. 2 del Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del marzo 2005 e s.m.i del luglio 2009 (di seguito denominato ACN) stabilisce tre livelli di contrattazione:
 - il livello di contrattazione nazionale che individua le garanzie per i cittadini, il ruolo e il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato, i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza, la responsabilità economica, la responsabilità delle istituzioni (Regioni ed Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN.
 - il livello di negoziazione regionale che definisce gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.
 - il livello di negoziazione aziendale che definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuali della programmazione regionale.
- La legge 08.11.2012 n° 189 cd. "legge Balduzzi" recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, istituisce il ruolo unico nelle cure primarie (per MMG, medici di Continuità Assistenziali, specialisti ambulatoriali ...) con l'obbligo per tutti di aggregarsi in forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delega alle Regioni la definizione locale dei modelli puntuali idonei a rispondere in modo appropriato alle differenti realtà locali.
- Il Patto per la Salute 2014-2016 del 10 luglio 2014 pone tra gli obiettivi in capo alle ASL la riorganizzazione dell'Assistenza territoriale promuovendo un modello multi professionale ed interdisciplinare attraverso la costituzione delle seguenti forme organizzative: AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie assegnando alle Regioni, conseguentemente alla sottoscrizione di Accordi Integrativi Regionali da emanarsi entro 90 giorni dalla sottoscrizione degli ACN, il compito di definire le modalità operative delle succitate forme organizzative.

- La DGR del 29 giugno 2015 n° 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 definisce le linee di indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria: UCCP-AFT
- L'ASL VCO, che già con gli accordi precedenti aveva avviato con i MMG un percorso di evoluzione dell'assistenza primaria verso nuove forme organizzative, nelle more della definizione dell'Accordo Collettivo Nazionale e del nuovo Accordo Integrativo Regionale con le organizzazioni sindacali dei Medici di medicina generale, al fine di dare continuità all'assetto organizzativo assistenziale che in virtù dei predetti accordi si è progressivamente realizzato sul territorio dell'ASL VCO, stipula con le OO.SS il presente accordo soggetto ad integrazioni e modifiche conseguenti all'emanazione di norme di carattere nazionale o regionale.

Tutto ciò premesso:

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

L'ASL VCO e le OO.SS. rappresentative dei Medici di Medicina Generale convengono di stipulare, in applicazione degli artt. 9, 16,17 e 19 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale 2006, il seguente accordo aziendale per l'anno 2016.

Art. 2

Le parti concordano:

- 1) Il ruolo fondamentale delle Cure Primarie in quanto costituiscono risposta qualificata ai bisogni socio-sanitari.
- 2) La funzione centrale del Medico di Famiglia all'interno del Sistema socio-sanitario, da rafforzare e sviluppare.
- 3) Il ruolo del medico di MG quale riferimento imprescindibile per una corretta gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- 4) Il graduale passaggio delle forme associative esistenti verso forme di aggregazione mono-professionali (AFT) e pluri professionali (UCCP) così come previsto dalle norme richiamate in premessa con la riallocazione delle risorse previste dall'art. 9 dell'AIR in essere.
- 5) L'individuazione di indicatori quali-quantitativi di monitoraggio delle performance condivisi cui correlare i meccanismi incentivanti.
- 6) L'evoluzione dei Gruppi di Cure Primarie Aziendali (GCPA) già attivati per effetto del precedente Accordo: il GCPA di Cannobio "Medicina Attiva" – il GCPA di Omegna "Omegna Salute" e il GCPA di Verbania "Verbania Centro" verso forme aggregative multi professionali. (UCCP)
- 7) La necessità di rafforzare l'organizzazione delle Cure Primarie attraverso lo sviluppo di tali forme associative che verranno finanziate in base alle risorse già disponibili nel Fondo per le attività distrettuali e che si renderanno disponibili anche in virtù delle eventuali economie derivanti dall'applicazione del presente accordo.

Art. 3

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

1. la presa in carico del bisogno del paziente per assicurare una risposta unitaria e globale al singolo, alla famiglia e alla "comunità"
2. la semplificazione ed "accompagnamento" nei percorsi assistenziali, diagnostico terapeutici e di cura
3. la continuità assistenziale H24
4. l'appropriatezza prescrittiva e nell'utilizzo delle risorse finalizzata ad una appropriatezza delle cure

5. la riduzione della mobilità passiva e del tasso di ospedalizzazione sostenendo i processi di riqualificazione dell'assistenza.

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

- il Distretto socio-sanitario, i Servizi Sanitari Territoriali e i Presidi ospedalieri
- la Medicina Convenzionata: il Medico di Medicina Generale, il Medico di Continuità assistenziale, lo specialista ambulatoriale, il Medico del Servizio di Emergenza Territoriale
- i Comuni e i Servizi Assistenziali
- le Strutture Residenziali e i servizi collegati
- il rapporto fiduciario con il MMG, presente sul territorio in modo capillare
- le tipologie di Medicina associativa
- la AFT- evoluzione dell'Equipe Territoriale - quale forma organizzativa funzionale, obbligatoria, finalizzata all'analisi del bisogno e al governo clinico, che assicura alla popolazione di riferimento la continuità assistenziale H24 per sette giorni su sette attraverso la integrazione con i medici della Continuità Assistenziale e in collegamento con la UCCP di riferimento.
- La UCCP (Unità Complessa di Cure primarie). E' la struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L'UCCP garantisce l'erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa ed assicura l'accesso per l'assistenza sociale ed i servizi della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
- l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali che favorisce l'interazione e un sistema di comunicazione fra Distretto e AFT
- la disponibilità dell'azienda a mettere a disposizione risorse strumentali ed economiche correlate agli obiettivi e alle azioni concordate con il presente accordo

Art. 4

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

- a) €. 7,50 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area A
- b) €. 3,00 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area B)
- c) €. 3,08 annui per assistito per il raggiungimento degli obiettivi indicati nell'area C)

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

Art. 5

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

Area progettuale A	Aggregazione MMG
---------------------------	-------------------------

Il progetto si pone l'obiettivo di far transitare le forme aggregative dei MMG attualmente in essere (Equipes Territoriali) verso le aggregazioni mono e pluri professionali previste dalle normative richiamate in premessa. Per il raggiungimento di tale obiettivo le risorse complessive disponibili sono €. 7,00/anno per assistito.

❖ **Azione**

1. **Costituzione delle AFT.** Superamento delle attuali Equipes Territoriali e riaggregazione dei MMG e di CA in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) in relazione alla nuova suddivisione degli ambiti territoriali della Medicina Generale.

Indicatori

1. lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 9 A.I.R. vigente
2. La partecipazione alle riunioni delle AFT con redazione di appositi documenti inerenti i risultati attesi

La quota incentivante per tale azione è di €. 1,00 per assistito.

❖ **Azione**

1. **Coordinamento degli orari e messa in rete degli ambulatori.** Realizzazione del coordinamento e messa in rete effettiva ed operativa degli ambulatori dei medici di Medicina Generale.

Indicatori

1. Coordinamento degli orari di apertura degli studi per assicurare la continuità dell'assistenza dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali per gli assistiti di riferimento.
2. Messa in rete degli ambulatori entro la fine del periodo di validità del presente accordo.

La quota incentivante per tale azione è di €. 2,50 per assistito.

Azione

- ❖ Evoluzione dei GCPA già attivati e di nuova attivazione per effetto di precedenti Accordi verso forme di aggregazione multi professionali (UCCP)

Indicatori

1. Sede unica di riferimento con apertura dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì.
2. Assistenza H 24 in integrazione funzionale con la Continuità Assistenziale
3. Teleprenotazione di esami e prestazioni specialistiche prenotabili
4. Ambulatorio infermieristico per la medicina di iniziativa
5. Progetto specifico per ciascuna UCCP concordato con il Distretto per l'utilizzo di prestazioni diagnostiche ai fini di un miglioramento dell'assistenza (es. ECG in telemedicina, esami-minilab, spirometria, gestione TAO).
6. Integrazione con i Servizi Sociali e infermieristici territoriali per la gestione delle fragilità

Si stabilisce che:

- per i GCPA esistenti l'evoluzione verso le UCCP (possesso completo dei requisiti previsti) dovrà avvenire entro il 31.12.2016;
- per le nuove UCCP costituite, in applicazione del presente accordo, entro il 2016 l'evoluzione (possesso dei requisiti previsti) dovrà analogamente avvenire entro il 31.12.2016;
- le nuove UCCP costituite dopo il 31.12.2016 dovranno già possedere ab initio i requisiti completi previsti dal presente accordo

La quota incentivante per tale azione è di €. 4,00 per assistito.

Area progettuale B	Appropriatezza prescrittiva
---------------------------	------------------------------------

L'ASL VCO attraverso l'azione sinergica svolta da Farmacia Territoriale, Distretti sanitari e MMG ha raggiunto apprezzabili risultati in materia di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata attestandosi tra le prime a livello Regionale. Tuttavia l'analisi delle prescrizioni dimostra che ci sono ancora margini di miglioramento che potrebbero condurre a risparmi significativi da reinvestire sul territorio utili allo sviluppo delle nuove forme associa-

tive della MG e di modalità innovative di assistenza per fronteggiare l'aumento delle persone anziane, non autosufficienti e affetti da patologie croniche.

Stante il progressivo incremento dei farmaci in distribuzione per conto e in distribuzione diretta, preso atto della intervenuta scadenza brevettuale di alcuni farmaci di larga diffusione e considerato l'obiettivo di incrementare l'aderenza terapeutica per i pazienti affetti da patologie croniche, al fine di mantenere costanti i livelli di spesa del canale territoriale, si concordano le seguenti azioni per il 2016:

❖ **Azione : Farmaceutica Territoriale Convenzionata**

1. Indicatore: Raggiungimento del livello di spesa programmato. L'indicatore è calcolato sulla popolazione degli assistibili pesati in carico alla AFT e al singolo medico.

- Risultato atteso : Diminuzione rispetto al 2015 del 3% del tetto di spesa/assistibili pesati x n° assistibili in carico all'AFT
- L'obiettivo è riferito all'AFT e al singolo medico
- Ad obiettivo raggiunto si prevede una remunerazione di:
€. 0,50 per assistito in caso di raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'AFT
€. 0,50 al MMG che ha raggiunto l'obiettivo di una spesa media procapite inferiore del 3% rispetto alla spesa media procapite aziendale.

2. Indicatore : Prescrizione di molecole a brevetto scaduto. Sartani. Attualmente la % di Sartani a brevetto scaduto per l'ASL VCO si attesta al 56%.

- Risultato atteso: raggiungimento del $\geq 68,5\%$
- L'obiettivo è riferito all'AFT e al singolo medico
- Ad obiettivo raggiunto si prevede una remunerazione di:
€. 0,50 per assistito in caso di raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'AFT
€. 0,50 al MMG che ha raggiunto l'obiettivo

3. Indicatore : Confezioni pro-capite di IPP. Attualmente il n° di confezioni pro-capite nell'ASL VCO a 2,0

- Risultato atteso : n° di confezioni $< 1,7$ pro-capite
- L'obiettivo è riferito all'AFT e al singolo medico
- Ad obiettivo raggiunto si prevede una remunerazione di:
€. 0,50 per assistito in caso di raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'AFT
€. 0,50 al MMG che ha raggiunto l'obiettivo

Per gli anni successivi e per la durata del presente accordo verranno ridefiniti nuovi obiettivi da concordare.

Area progettuale C	Governo clinico
--------------------	-----------------

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

Il progetto si pone l'obiettivo dello sviluppo del governo clinico in generale in particolar modo riferito all'appropriatezza del setting assistenziale di cura con sviluppo della domiciliarità, l'appropriatezza nella prescrizione degli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio, lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici condivisi in integrazione tra assistenza primaria e specialistica ambulatoriale e ospedaliera.

❖ **Azione** **Sviluppo della domiciliarità**

➤ Indicatori

Percentuale di pazienti presi in carico in regime di cure domiciliari ADI

Risultato atteso

Incremento del 25% dei pazienti presi in carico in ADI. L'obiettivo è riferito alla AFT

- Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,00 per assistito
L'azione è rivolta all' AFT.

❖ **Azione**

Aderenza alle linee guida sulla prescrivibilità delle prestazioni specialistiche –

Applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dalla normativa vigente. Obiettivo Regionale 12 prestazioni per residente. (9 esami di laboratorio e 3 prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale). Il dato 2015 per ASL VCO è di 13,2 prestazioni per residente. L'obiettivo è il raggiungimento e il mantenimento dello standard regionale entro la validità del presente accordo. Si concorda per il 2016 la riduzione dello 0,5 prestazioni per residente . per il 2017 0,5 prestazioni per residente, per il 2018 0,2 prestazioni per residente.

- ▶ Quota incentivante
L'obiettivo è riferito all'AFT e per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,58 per assistito.

❖ **Azione**

Gestione integrata del patologie croniche. Per l'anno 2016 gestione integrata del paziente nefropatico. Negli anni successivi e fino alla durata del presente accordo verranno ridefiniti nuovi percorsi.

- ▶ Indicatori
Definizione di un PDTA condiviso con la SOC Nefrologia per la gestione integrata del paziente con nefropatia
Risultato atteso
Definizione del PDTA tra una Commissione della MG e la SOC Nefrologia e presa in carico dei pazienti attraverso la compilazione della scheda specifica.
- ▶ Quota incentivante
Per la realizzazione di tale azione è attribuita una quota di € 1,00 per assistito riferito alla AFT

Art. 6

Stante la necessità di armonizzare e coordinare l'assistenza dei pazienti e di favorire la collaborazione tra le diverse figure mediche del territorio le parti concordano di coinvolgere i medici di continuità assistenziale nell'esecuzione di alcune prestazioni fuori dall'orario di svolgimento del servizio di continuità assistenziale. Si concorda, a tal fine, di individuare le seguenti prestazioni:

- 1) assistenza ai cittadini non residenti nelle località a forte afflusso turistico
- 2) attività territoriali programmate (per l'anno 2016: attività Centro ISI – Assistenza Hospice – Prelievi nelle sedi sub-distrettuali)
- 3) assistenza Sanitaria Penitenziaria
- 4) assistenza agli Ospiti Convenzionati presso le RSA in caso di esaurimento della graduatoria dei MMG
- 5) prestazioni rivolte al potenziamento della continuità di assistenza al malato, la presa in carico globale del cittadino e l'integrazione professionale tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale.

Le attività indicate ai punti 1), 2), 3) e 4) saranno svolte, per l'anno 2016, previo inserimento in apposita graduatoria annuale, distinta per Distretto, redatta dall'ASL a seguito di formale dichiarazione di disponibilità del medico di continuità assistenziale. Le attività al punto 5) saranno previamente esaminate e concordate tra le parti.

Per tali prestazioni l'ASL, per l'anno 2016, corrisponderà un compenso di €. 25,00 per ciascuna ora di servizio.

In base alla programmazione aziendale, nell'ambito delle attività delle AFT finalizzate al miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio, al contenimento delle liste d'attesa o nell'ambito di specifici PDTA, il MMG può erogare agli assistiti facenti capo alla AFT, prestazioni diagnostiche aggiuntive di particolare complessità ,come prestazioni di ecografia ed ecocolorDoppler

Specifici accordi aziendali dovranno regolamentare le modalità di erogazione di dette prestazioni, la loro rendicontazione remunerazione (le cui tariffe dovranno essere riferite al DM 22/7/1996 " Prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" e successive modificazioni ed integrazioni) nonché il tetto massimo delle prestazioni erogabili. Gli accordi dovranno prevedere che il MMG garantisca requisiti minimi di formazione specifica (Specializzazione, Diploma di Ecografia clinica SIUMB o SIEMG , frequenza di almeno 300 ore presso servizi di radiologia o reparti in cui si fa uso della ecografia di base - in alternativa specializzazione nell'ambito del tipo di ecografia che si intende eseguire) .

Art. 7

Le parti concordano inoltre la costituzione di un tavolo paritetico cosiddetto "Gruppo tecnico di monitoraggio" permanente fra Azienda e rappresentanti delle OO.SS. dei MMG, per la progettazione esecutiva, la realizzazione, il coordinamento ed il monitoraggio degli accordi aziendali e **il controllo del rispetto delle regole da parte di tutti gli operatori coinvolti**. Tale monitoraggio avverrà sulla base degli indicatori individuati e avrà il compito di misurare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi concordati ed indicare eventuali azioni correttive sui percorsi/processi individuati. Il suddetto Gruppo tecnico concorderà gli obiettivi e gli indicatori per gli anni 2017 e 2018 in particolare per quanto attiene l'area della appropriatezza prescrittiva e del governo clinico.

Art. 8

Il presente accordo avrà durata per il periodo 01.01.2016 - 31.12.2018, fatte salve le decorrenze economiche di cui al precedente art.6.

Art. 9

Qualora Accordi Collettivi Nazionali e/o Regionali introducessero sostanziali provvidenze economiche riguardanti i contenuti oggetto del presente accordo le parti concordano, sin d'ora, che gli importi individuati all'art. 4 saranno integralmente assorbiti dagli emolumenti stabiliti dai suddetti Accordi per gli stessi obiettivi. In caso di sostanziali modifiche di carattere normativo a seguito degli Accordi Collettivi Nazionali e/o Regionali, le parti concordano di rivedere e adeguare il presente accordo ai nuovi indirizzi Nazionali e/o Regionali.

Art. 10

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

Letto, confermato, sottoscritto

Omegna li _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI DOMODOSSOLA

Dr. Romano Ferrari _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI OMEGNA

Dr. Bartolomeo Ficili _____

IL REFERENTE DIRETTORE DEL DISTRETTO DI VERBANIA

Dr. Bartolomeo Ficili _____

I RAPPRESENTANTI F.I.M.M.G.

Dr. Silvio BELTRAMI _____

Dr. Concetto DRAGO _____