

**Accordo Regionale**  
**ai sensi degli artt. 4, 14 e 13 bis**  
**dell' ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE**  
**PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI**  
**CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**  
**29.07.09**

## Indice

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.    | Quadro di riferimento.....   | 3  |
| 2.    | Art. 26 – Equipes territoriali (aggregazioni della Medicina Generale).....                       | 4  |
| 3.    | L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) .....   | 5  |
| 3.1.  | Definizione.....   | 5  |
| 3.2.  | Obiettivo generale .....   | 5  |
| 3.3.  | Individuazione.....  | 5  |
| 3.4.  | Compiti.....   | 5  |
| 3.5.  | Composizione e caratteristiche .....   | 6  |
| 3.6.  | I medici nella AFT .....   | 7  |
| 3.7.  | Il coordinatore dell'AFT .....   | 9  |
| 3.8.  | Remunerazione del Coordinatore dell'AFT.....   | 10 |
| 3.9.  | Il sistema informativo dell'AFT .....  | 10 |
| 3.10. | Rapporti dell'AFT con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN .....                   | 11 |
| 3.11. | Fasi di realizzazione dell'AFT .....   | 11 |
| 3.12. | Il ruolo dell'AFT nella Sanità di Iniziativa.....  | 12 |
| 4.    | Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) .....  | 13 |
| 4.1.  | Definizione.....   | 13 |
| 4.2.  | Obiettivo generale .....   | 13 |
| 4.3.  | Individuazione dell'UCCP e sue caratteristiche .....   | 13 |
| 4.4.  | Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP .....   | 14 |
| 4.5.  | Il coordinatore dell'UCCP .....  | 15 |
| 4.6.  | Remunerazione del Coordinatore.....  | 15 |
| 4.7.  | Il sistema informativo dell'UCCP.....  | 15 |
| 4.8.  | Rapporti dell'UCCP con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN .....                  | 16 |
| 4.9.  | Fasi di realizzazione dell'UCCP .....  | 16 |
| 5.    | La Sanità di Iniziativa .....  | 17 |
| 6.    | Art. 27 ACN – Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse .....                         | 17 |
| 7.    | Artt. 48 e 49 dell'ACN: rapporti del MMG con lo Specialista e l'Ospedale.....                    | 18 |
| 8.    | L'Accordo Aziendale (AA) .....   | 18 |
| 9.    | Art. 20 ACN Formazione Continua .....  | 19 |
| 10.   | Art. 61 ACN: Rapporti tra il MMG e la Dirigenza Sanitaria dell'Azienda .....                     | 20 |
| 11.   | Altri contenuti .....  | 20 |
| 12.   | Norme transitorie e finali .....   | 20 |
|       | Allegato 1 – Indicatori di budget .....  | 25 |
|       | Allegato 2 - Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica .....                                    | 27 |
|       | Allegato 3 - Appropriatelyzza prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa..... | 29 |
|       | Allegato 4 – Sistema informativo della Medicina Generale .....                                   | 31 |

## 1. Quadro di riferimento

Un servizio sanitario nazionale e regionale con le caratteristiche di universalità, uguaglianza, equità e globalità fonda la sua essenza e sulla sostenibilità e conseguentemente sull'equilibrio di bilancio.

La sostenibilità in particolare è minata da molteplici cause: epidemiologiche, demografiche ed economiche. Queste ultime divengono ancora più importanti quando la diminuzione delle risorse disponibili interessa quelle regioni, come la Toscana, che hanno già posto la massima attenzione all'uso appropriato delle risorse.

L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità ed il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche, dall'ospedale al territorio dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

E' necessario pertanto mettere in grado il territorio di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini. Occorre attuare una profonda riorganizzazione di tutta l'assistenza territoriale e in particolare della medicina generale, che di essa ne è la parte determinante. Essa deve essere inserita al centro del Servizio Sanitario Toscano, deve contribuire ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri, deve contribuire ad elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda Sanitaria d'appartenenza, deve diminuire la sua variabilità professionale, legata all'inquadramento libero professionale, deve partecipare al governo clinico dell'Azienda Sanitaria.

Le parti firmatarie ritengono che questo possano e debbano essere raggiunti salvaguardando il rapporto fiduciario medico-paziente.

Nella nostra regione il cammino verso questi obiettivi è stato avviato con la sanità d'iniziativa, di cui si rilevano i primi riscontri positivi, ma occorre andare oltre, passando da una logica volontaristica a una vera organizzazione della medicina generale e di tutto il sistema d'erogazione delle prestazioni a livello territoriale. E' per questo che il presente accordo, ai sensi dell'ultimo ACN e della L. 189/12, intende disciplinare le nuove "opportunità" e "necessità" in esso contenute.

Obiettivo del presente accordo è quello di migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i servizi territoriali, consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA, di garantire una assistenza migliore ai pazienti affetti da cronicità. Per misurare questi obiettivi dovranno essere individuati e monitorati indicatori di processo e di risultato. Con la diversa organizzazione della Medicina Generale si otterrà una maggiore responsabilizzazione della stessa rispetto agli obiettivi delle aziende ed una maggiore integrazione con gli altri servizi aziendali. Il tutto si otterrà senza aumenti di spesa perché questi obiettivi saranno realizzati con razionalizzazioni in campo farmaceutico, in quello della diagnostica strumentale, in quello della specialistica.

In relazione all'introduzione di ticket sulla diagnostica e la specialistica imposta dai tagli effettuati ai finanziamenti del SSN, che potrà portare più frequentemente al ricorso da parte dei cittadini all'assistenza erogata dai privati, la Medicina Generale e la Regione Toscana s'impegnano a garantire a coloro che usufruiranno dei percorsi offerti dalle Aziende Sanitarie equità di accesso, anche attraverso la definizione di PDTA aziendali e la medicina di iniziativa. In particolare si impegnano a garantire le prestazioni in tempi consoni alle condizioni cliniche del cittadino anche attraverso la loro diretta erogazione nelle AFT e UCCP.

## 2. Art. 26 – Equipe territoriali (aggregazioni della Medicina Generale)

L'art. 26 del vigente ACN riporta tre diverse tipologie di aggregazioni della Medicina Generale:

- Art. 26: equipe territoriali (ET) e Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)
- Art. 26 bis aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- Art. 26 ter unità complessa di cure primarie (UCCP)

Le pregresse Delibere della Giunta Regionale Toscana N° 1015 del 17.10.05 e 216 del 27.03.06 hanno definito ed attuato le equipe territoriali.

Il presente accordo ai sensi proprio dell'ultimo ACN definisce le AFT e le UCCP.

Le tre tipologie aggregative possono essere così rappresentate:

|      | Mono –<br>professionali | Multi -<br>professionali | Funzionali | Strutturali |
|------|-------------------------|--------------------------|------------|-------------|
| ET   |                         | <b>X</b>                 | <b>X</b>   |             |
| AFT  | <b>X</b>                |                          | <b>X</b>   |             |
| UCCP |                         | <b>X</b>                 |            | <b>X</b>    |

E' intenzione delle Parti Firmatarie, in applicazione della L. 189/12, superare la logica delle Equipe Territoriali, indirizzando il sistema verso forme evolute di aggregazione al fine di rendere più snelle, più organiche, più operative e più riconoscibili per il Cittadino le Cure Primarie, creando, per i bisogni affrontabili a livello territoriale, attraverso l'integrazione degli erogatori dei servizi socio assistenziali territoriali, un'alternativa valida all'ospedale.

### **3. L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)**

#### **3.1. Definizione**

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN e della L. 189/12, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (MMG).

L'AFT risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che Regione Toscana e la Medicina Generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale.

Nell'ambito della AFT sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale.

L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

#### **3.2. Obiettivo generale**

Affidare ai medici della AFT, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento.

#### **3.3. Individuazione**

Il comitato per la MG di cui all'art 23, individua sul territorio dell'Azienda le AFT di concerto con le OO.SS.

L'AFT, dalla data della sua istituzione, ricomprende le forme di aggregazione di cui all'art 54, comma 3 e pregresso AIR, e sostituisce, se presenti, anche i team-equipe, previsti dall'art. 26 stesso, facendo decadere la pre-esistente organizzazione ed i relativi referenti/coordinatori medici.

I medici che la compongono eleggono tra loro un coordinatore. L'Azienda Sanitaria recepisce tale nomina con atto aziendale. La durata del mandato di coordinamento è di tre anni.

#### **3.4. Compiti**

A regime i compiti dell'AFT possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dalla DGRT 1038/2005;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione;

- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevole ad attuare corretti stili di vita.
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso una azione di filtro, a ridurre degli accessi al DEA, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'AFT e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello aziendale che prevedano sia attività svolte a rapporto orario sia inserite nella definizione del budget di AFT.

La governance clinica nel settore della farmaceutica, dell'ospedalizzazione, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili potrà essere svolta utilizzando strumenti informatici di collegamento fra i MMG e fra questi e l'Azienda Sanitaria, che preveda, laddove ne esistono le condizioni, la compilazione/visualizzazione di una cartella di dimissione e di ammissione all'ospedale, la prenotazione delle prestazioni, l'inserimento dei referti di ricovero e dei risultati degli accertamenti eseguiti nei database dei medici, la visualizzazione degli ausili in uso e la condivisione di tutte le informazioni essenziali per la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei cittadini.

### **3.5. Composizione e caratteristiche**

L'AFT:

1. E' composta da medici a ciclo di fiducia (di Assistenza Primaria secondo l'ACN 2009) e da medici a rapporto orario.
2. La dimensione di riferimento è di norma di 30.000 assistiti. E' composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Rimodulazioni che tengano conto di situazioni territoriali specifiche saranno adottate in sede di Comitato Aziendale. Sarà inoltrata comunicazione alla Regione Toscana, per il monitoraggio della presente intesa;
3. E' composta da tutti i medici a ciclo di fiducia di un ambito territoriale. Qualora su un ambito territoriale il numero dei medici a ciclo di fiducia ecceda il parametro sopra descritto, vengono costituite più AFT, secondo criteri individuati a livello aziendale.
4. Qualora nell'ambito territoriale siano presenti un numero di medici a rapporto di fiducia e/o di assistiti non sufficienti, l'AFT potrà riunire ambiti limitrofi o quote di essi.
5. I criteri di scelta del medico da parte del cittadino restano quelli previsti dall'ACN in vigore. Per la localizzazione degli studi professionali si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 35, comma 6 dell'ACN;
6. L'ingresso nella AFT, per la quota di attività a rapporto orario relativa alla ex Continuità Assistenziale, avverrà su domanda mediante bando specifico per ciascuna AFT predisposto dall'Azienda Sanitaria e rivolto ai medici di ex Continuità Assistenziale iscritti negli elenchi di continuità assistenziale della Regione Toscana. A tal fine viene elaborata una graduatoria in cui hanno priorità decrescente:
  - medici con rapporto di fiducia all'interno della AFT che abbiano l'incarico di ex Continuità Assistenziale in diverso territorio;
  - medici che svolgono l'attività di ex Continuità Assistenziale nelle postazioni che insistono sulla popolazione dell'AFT;
  - medici a rapporto orario che hanno effettuato la sperimentazione delle AFT;
  - medici convenzionati con l'Azienda sede della AFT;

- per gli altri, a parità di punteggio ottenuto dopo l'applicazione delle priorità sopra contemplate, sarà valutata l'anzianità di incarico di ex Continuità Assistenziale.

I medici a doppio incarico, attività primaria e C.A., potranno scegliere, lasciando l'attività primaria, di entrare nella AFT dove effettuano la C.A.

I medici eccedenti la disponibilità di ore presso la singola AFT saranno ricollocati in postazioni limitrofe della stessa Azienda.

7. Al suo interno, ciascun MMG è titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria;
8. Gli assistiti che la compongono sono tutti i pazienti che hanno scelto i medici appartenenti alla AFT indipendentemente dalla residenza;
9. I moduli della sanità di iniziativa fanno parte della AFT.

E' priva di personalità giuridica. I MMG che la compongono possono essere supportati, previo accordo con l'Azienda, da società di servizio, anche di tipo cooperativo, relativamente alla funzione di garantire ai MMG dell'AFT l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale.

### **3.6. I medici nella AFT**

Ai sensi della L.189/12, l'attività dei medici nella AFT è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

#### 1. Attività di tipo fiduciario

Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il medico a ciclo di fiducia acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti al vigente ACN, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal medico a ciclo di fiducia secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite, fatto salvo quanto previsto sul numero minimo di ore di ambulatorio come da ACN e AIR 2005. Ciascun anno, entro il mese di gennaio, per ciascuna AFT è redatto un piano generale delle attività a rapporto orario sottoposto al parere vincolante della ASL. Al medico a rapporto di fiducia al quale venga affidato dall'Azienda un incarico a rapporto orario per progetti condivisi, viene ridotto il massimale di 37,5 assistiti per ciascuna ora ai sensi del vigente ACN. Se le ore dell'incarico non sono di tipo definitivo, per la copertura dell'attività di assistenza primaria il medico a ciclo di fiducia sarà affiancato da un medico a esclusivo rapporto orario, facente parte dell'AFT qualora vi sia disponibilità oraria, altrimenti da un sostituto da lui indicato.

Una volta costituite le AFT, i nuovi medici che accederanno alla aggregazione entreranno esclusivamente a rapporto orario.

In caso di carenza di medici a rapporto di fiducia in un ambito territoriale dell'AFT, verrà individuato, in base a una graduatoria, il medico che potrà acquisire scelte fra coloro che sono a rapporto orario esclusivo nella stessa AFT. In caso di assenza di medici disponibili sarà attivata la zona carente come da ACN.

#### 2. Attività di tipo orario

Attività non direttamente connesse alla scelta da parte del cittadino, ma necessarie a supportare l'assistenza fiduciaria e a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione della AFT, comprese alcune funzioni attualmente svolte dai medici della Medicina dei Servizi.

L'attività oraria, organizzata all'interno dell'AFT, oltre alle attività già previste dall'ACN, può comprendere:

- **attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale.**

Visto che:

- la normativa indica solo l'arco d'attività degli orari di lavoro della attuale C.A. (ricompresi dalle ore 10 del prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 dei feriali);
- la stessa normativa permette flessibilità di orario -fra l'altro già attuata per le due ore del sabato mattina- e la possibilità di effettuare la C.A. anche in reperibilità da parte dell'attività primaria;
- gli accordi regionali possono portare l'orario di lavoro della CA a 38 ore, di cui 14 in attività diurna feriale, se facenti parte di forme associative strutturali;
- gli accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di C.A. alle attività previste nelle équipes territoriali, nelle Utap e nelle altre forme organizzative delle cure primarie,

in attesa che:

quanto previsto dalla L. 189/12 circa le attività della AFT ed il ruolo unico sia recepito e normato da un accordo fra Sisac e le OO.SS. della Medicina Generale;

si conferma che, in via transitoria, l'orario di attività della ex continuità assistenziale rimarrà quello previsto dall'ACN in vigore, ma, in via sperimentale la continuità assistenziale di tipo tradizionale potrà essere limitata a un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24, che sono le ore nelle quali vengono effettuate la quasi totalità delle visite domiciliari. Dalle ore 24 alle ore 8 il SSR garantirà le urgenze. Tale organizzazione sarà realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale.

Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'AFT in attività diurne. A titolo di indicazione generale, dovranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali ed in particolare al DEA. Tali attività dovranno essere individuate congiuntamente dal coordinatore dell'AFT e dalla Direzione Aziendale e sottoscritte in uno specifico piano annuale di organizzazione, recepito a livello di Comitato Aziendale. Gli orari diurni saranno organizzati di norma in turni di 8 ore, dalle 8 alle 16 e dalle 16 alle 24.

In alcune aree, per esempio quelle a particolare densità di popolazione, dalle 24 alle 8 potrà permanere un servizio di continuità assistenziale sopra AFT per le urgenze di comunità, a pianta organica ridotta.

I medici a rapporto orario passeranno progressivamente a 38 ore settimanali, rispettando il monte orario complessivo definito dal precedente AIR della continuità assistenziale. Con il passaggio ad attività diurne e di conseguenza alle 38 ore, essendo i medici a rapporto orario impegnati in attività tese al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, occorrerà ridefinirne una più omogenea distribuzione fra le Aziende.

I medici che attualmente ricoprono l'attività di assistenza primaria e di continuità assistenziale all'interno della AFT non diverranno incompatibili con la stessa al superamento delle 650 scelte, ma diminuiranno le ore a rapporto orario al progressivo aumento degli assistiti in carico secondo il criterio che a 37,5 pazienti corrisponde un'ora. Il ricalcolo delle ore a rapporto orario scatta quando siano stati maturati incrementi di assistiti secondo scaglioni di 150 pazienti, corrispondenti ciascuno a 4 ore di rapporto orario.

Il passaggio alle 38 ore ed alle attività diurne per i medici di C.A. avverrà su base volontaria ed all'interno di sperimentazioni h16 che dovranno essere avviate in ogni Azienda Sanitaria. La sperimentazione avrà termine all'entrata in vigore a livello aziendale delle norme previste dal nuovo ACN.

Questa organizzazione potrà consentire il superamento delle due ore di reperibilità previste per l'assistenza primaria il sabato mattina, che saranno utilizzate per la formazione.

Il ruolo unico nei settori della Medicina Generale potrebbe vedere la possibilità che anche i convenzionati dell'Emergenza Sanitaria entrino a far parte della AFT, ma la sovrapposizione oraria delle due attività rende difficile la sua organizzazione. L'ingresso quindi di tali medici non sarà, in fase iniziale, previsto in Toscana, in attesa di una più puntuale normativa a livello nazionale.

Per i medici della medicina dei servizi, vista la non omogenea distribuzione a livello regionale ed aziendale, l'ingresso nella AFT avverrà su base volontaria ed in quelle aggregazioni che nella programmazione aziendale ne prevedano l'impiego, sia nel campo della prevenzione di massa che in quello effettuato precedentemente.

I medici della AFT nell'ottica di perseguire gli obiettivi concordati con l'Azienda Sanitaria possono proporre forme aggiuntive di continuità assistenziale (come per esempio reperibilità telefonica nei confronti dei colleghi in turno, supporto organizzativo e coordinamento) che vedano la partecipazione dei medici della ex attività primaria, il sabato e nei giorni festivi previo accordo con la Direzione Aziendale.

Obiettivo prioritario del team di AFT sarà quello di garantire una continuità assistenziale ai cittadini affetti da gravi patologie e a quelli affetti da patologie croniche ad alto rischio di ospedalizzazione. Essenziale per attuare tutto questo è la disponibilità di diagnostica di I livello e di integrazione con i servizi infermieristici. Altrettanto indispensabile è la creazione di un supporto informatico che metta in rete tutti i MMG e che permetta, a chi garantisce la continuità dell'assistenza, la consultazione del diario clinico del cittadino.

L'intera materia relativa alla continuità assistenziale sarà ulteriormente normata dal successivo accordo che dovrà essere stipulato con il settore e le parti in causa.

▪ ***attività orarie afferenti al governo clinico***

Partecipazione a Commissioni previste dalla normativa in vigore, coordinamento delle AFT, partecipazione allo staff aziendale e agli organismi di programmazione. Per tali attività, nel caso di partecipazione di un medico a rapporto di fiducia, questi sarà sostituito da altro medico a rapporto orario della stessa AFT o, ove non disponibile, attraverso il rimborso della sostituzione secondo gli accordi vigenti.

A regime, tutti i MMG potranno articolare la propria attività professionale fra attività fiduciaria e oraria.

### ***3.7. Il coordinatore dell'AFT***

Il Coordinatore dell'AFT deve possedere i requisiti già previsti per i coordinatori dei moduli di sanità d'iniziativa. Eventuali deroghe motivate dovranno essere valutate e validate in sede di Comitato Aziendale. Il Coordinatore dovrà effettuare corsi di formazione obbligatori che saranno organizzati ad hoc dal *Centro Toscano di Formazione e Ricerca in Medicina Generale*.

Il coordinatore ha i seguenti compiti:

- indice ed organizza le riunioni dei medici facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale ed in particolare con i dirigenti del territorio;
- conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;
- rappresenta i medici dell'AFT nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto e con l'Azienda;

- è garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi;
- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'AFT la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva;
- garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;
- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio Sanitario Toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di AFT concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in AFT al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il DEA. Sarà compito del coordinatore di AFT verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscano una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti Unici di Accesso là dove istituiti.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminatene le motivazioni in sede di Comitato Aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del Coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici dell'AFT o in caso di sanzione emanate dal Collegio Arbitrale, si procede a nuova elezione.

### **3.8. Remunerazione del Coordinatore dell'AFT**

La remunerazione sarà pari a 300 scelte per 10 ore settimanali. Se le ore saranno di più: riduzione del massimale di 37,5 assistiti ogni ora eccedente le dieci per chi ha 1500 scelte. Tali pazienti saranno gestiti da un medico a rapporto orario e rimarranno in carico al medico titolare; in caso di non disponibilità di ore erogate da medici a rapporto orario nella AFT, saranno gestite da un medico sostituto. Nel caso in cui il medico abbia meno di 1500 scelte: pagamento delle ore eccedenti le dieci secondo la remunerazione oraria prevista dall'ACN. Questa spesa è sostitutiva del pagamento oggi dovuto ai coordinatori della sanità d'iniziativa, le cui funzioni saranno riassorbite dalle figure dei coordinatori di AFT/UCCP. Il tetto massimo di spesa per la remunerazione dei coordinatori di AFT/UCCP, è pari a 1,8 milioni annui per un numero massimo di 100 coordinatori, che saranno coperti dalla quota di risorse oggi destinata a finanziare il compenso per i coordinatori dei moduli (vedi paragrafo 5 - Art. 27 ACN – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse), oltre agli incrementi contrattuali di cui all'art. 8, comma 2 del rinnovo biennio economico 2008-09 ACN.

### **3.9. Il sistema informativo dell'AFT**

L'AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on, a cura di Estav Centro, mediante "Procedura negoziata per l'integrazione del software MMG e PLS in applicazione della DRG n. 469 del 2010", il sistema basato sui software di cartella clinica dei MMG prevedrà, per il colloquio, quanto contenuto nella DGRT 469 del 31-03-2010, in particolare:

| Numero RFC | Dominio/Contenuto                          |
|------------|--|
| 85         | Servizi Anagrafe Persone HL7v3             |
| 87         | Gestione scelta e revoca MMG PLS HL7v3     |
| 161        | E_prescription                             |
| 207        | NRE (Numero Ricetta Elettronica)           |
| 198        | Esenzioni per reddito e ticket             |
| 133        | Patient Summary*                           |
| 208        | Chronic Care Model                         |
| 194        | Dati presenti su ACN MMG e PdF             |
| -          | Certificazione telematica di malattia INPS |

\*Relativamente a quanto previsto nel contratto della medicina di iniziativa e quanto previsto nell'ACN in vigore

Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l'attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali.

### **3.10. Rapporti dell'AFT con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN**

L'AFT potrà ricomprendere una o più forme associative di cui all'art. 54. I MMG che ne fanno parte saranno comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative dalla normativa regionale vigente.

Potranno coesistere appartenenza alla AFT e a Cooperative di servizio di Medici di Medicina Generale.

### **3.11. Fasi di realizzazione dell'AFT**

Fase 1 (entro 3 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo):

- Le ASL (attraverso il comitato aziendale MG) individuano le AFT

Fase 2 (entro 6 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo):

- Vengono individuati i relativi coordinatori, ed i dati vengono trasmessi alla Regione Toscana.
- Viene contrattato il budget di AFT, garantendo l'omogeneità e la coerenza degli indicatori con tutte le professionalità aziendali.
- Le AFT, attraverso incontri di audit, peer review, in raccordo con l'Azienda ed i Dirigenti Distrettuali, elaborano le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi concordati.

Fase 3 (entro 12 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo):

- L'AFT organizza e realizza una rete informatica tra i MMG che la compongono. Essa viene integrata con la rete aziendale.
- L'AFT organizza un sistema per la gestione delle urgenze di comunità anche attraverso l'erogazione di diagnostica di primo livello al fine di intercettare a livello territoriale i bisogni assistenziali dei cittadini.

- Si implementerà, a partire dagli esiti della sperimentazione dell'H16, la riorganizzazione della continuità assistenziale.

Fase 4 (entro 24 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo):

- La riorganizzazione della continuità assistenziale andrà a regime.

### ***3.12. Il ruolo dell'AFT nella Sanità di Iniziativa***

Si rimanda al punto 4.10 del presente accordo.

## **4. Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)**

### **4.1. Definizione**

L'UCCP è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

### **4.2. Obiettivo generale**

L'obiettivo generale è quello di svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti.

La sede unica consentirà di offrire sul territorio una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini.

### **4.3. Individuazione dell'UCCP e sue caratteristiche**

L'UCCP si sviluppa in strutture quali:

- Presidio distrettuale integrato
- Casa della Salute (CDS)
- Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali
- Strutture comunali o comunque pubbliche
- Strutture messe a disposizione da società di servizio della Medicina Generale, cooperative mediche
- Strutture del Volontariato
- Strutture provenienti dal privato

Entro 6 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo, le ASL, di concerto con la Regione Toscana, effettuano un censimento delle strutture già operanti.

Compito del presente accordo è l'individuazione degli standard minimi di struttura, anche in rapporto alle esperienze fin qui realizzate. Le Aziende esprimeranno un piano di sviluppo quadriennale, in base alle specifiche esigenze territoriali, rispetto alle quali potranno essere allocate eventuali risorse nazionali e regionali.

Per la loro realizzazione sarà costituito un fondo aziendale, a partire dalle risorse già presenti. Tale fondo dovrà tener conto dei finanziamenti delle case della salute già ottenuti dalle diverse Aziende. Altre risorse potrebbero essere messe a disposizione da privati, dal terzo settore, altre da investimenti effettuati dalle società di servizio della Medicina Generale, anche attraverso la messa a disposizione di finanziamenti a tasso agevolato già previsti da precedenti accordi con la Regione Toscana. Il fondo sarà integrato da uno stanziamento finalizzato da prevedersi a livello di piano e dalle risorse liberate dagli accordi di cui agli allegati 2 e 3.

Obiettivo comune della Regione Toscana e della Medicina Generale è quello di garantire una omogeneità di distribuzione e di tipologia ed una corretta applicazione di quanto previsto dall'ACN su tutto il territorio. A tal fine ogni UCCP dovrà, ai sensi dell'ACN, essere conforme a quanto previsto dal presente accordo. Il presente AIR individua il modello generale di riferimento; le singole UCCP, poi, potranno avere una complessità diversa a seconda del contesto in cui gravitano. Lo standard minimo delle UCCP è il seguente:

1. Ai sensi dell'ACN biennio economico 2008-09 viene istituito un referente/coordinatore unico scelto fra i medici convenzionati dell'UCCP che abbia un'anzianità di almeno 5 anni di convenzionamento, nominato dall'Azienda Sanitaria ed eletto dai medici convenzionati dell'UCCP. Il referente/coordinatore si avvarrà della collaborazione dei referenti di AFT.
2. La sede dell'UCCP viene collocata in una struttura idonea secondo la normativa vigente, che garantisca soprattutto la fruibilità da parte degli utenti. Tale struttura potrà essere gestita direttamente dall'Azienda Sanitaria o dalla MG tramite una società di servizio; la gestione potrebbe essere anche mista come già avviene per le Case della Salute in qualche realtà.
3. Oltre ai medici di MG dovranno obbligatoriamente essere presenti:
  - a. personale infermieristico: il rapporto numerico fra infermieri e medici sarà da individuare in base alle attività istituite. Inizialmente verranno utilizzati i parametri individuati nei moduli della medicina d'iniziativa;
  - b. il personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nell'UCCP;
  - c. alcuni servizi di medicina specialistica individuati sui bisogni degli pazienti relativi al bacino d'utenza e/o in alternativa tele medicina e/o una diagnostica di I livello;
  - d. personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria.
4. Garantisce la presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata. Possiede una di una rete informatica che crei una base informativa comune utilizzata da tutti i professionisti che ne fanno parte.
5. Viene costituita all'interno di un ambito territoriale della Medicina Generale.
6. Tutti i medici di MG aderiscono alla medicina d'iniziativa.
7. A partire dalla firma della presente intesa, le UCCP, ai sensi dell'ACN, vengono costituite temporalmente dopo che è stata istituita la rete delle AFT.
8. Per quanto è previsto dall'art. 26ter, comma 2 relativamente alla riallocazione degli incentivi e delle indennità, fino ad allora di competenza dei medici che entrano a far parte dell'UCCP (associazionismo, impiego dei collaboratori di studio ed infermieristici e degli strumenti informatici), per garantire un quadro di tutela sia dei diritti previdenziali che dei diritti di equità di trattamento di tutti i medici partecipanti, ogni iniziativa locale in tal senso, prima della sua applicazione, dovrà essere approvato dal comitato regionale per una verifica di coerenza con gli accordi vigenti. La casistica raccolta consentirà di elaborare linee di indirizzo da utilizzare successivamente nelle trattative aziendali.

#### **4.4. *Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP***

Per i compiti si fa riferimento a quelli previsti dall'art. 26-ter del vigente ACN ed in particolare:

- Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso
- Mettere in atto i principi del chronic care model (CCM) tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, AFA...). In questo senso l'UCCP rappresenta il luogo ideale dove poter sviluppare appieno tali attività
- Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere
- Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini.
- Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata

#### **4.5. Il coordinatore dell'UCCP**

Il coordinatore dell'UCCP è eletto dai medici convenzionati che fanno parte e la nomina è ratificata con atto aziendale. Il Coordinatore dell'UCCP ha i seguenti compiti:

- Coordina le attività cliniche dell'UCCP
- Si rapporta per le problematiche organizzative con i Dirigenti Distrettuali e le altre strutture presenti a livello aziendale ed ospedaliero
- Si rapporta con il Medico di Comunità responsabile organizzativo della UCCP
- Si rapporta con i Coordinatori dell'AFT, con i Dirigenti Distrettuali, con i professionisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali, con la Direzione di Zona Distretto e con la Direzione Aziendale
- Risponde del raggiungimento degli obiettivi dell'UCCP

#### **4.6. Remunerazione del Coordinatore**

La remunerazione è prevista con gli stessi meccanismi citati per l'AFT, per un numero di ore da concordarsi a livello aziendale (Comitato Aziendale per la Medicina Generale) e che sarà variabile per ciascuna UCCP in base al numero degli assistiti e alla complessità della UCCP stessa.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminatene le motivazioni in sede di Comitato Aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del Coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici dell'UCCP o in caso di sanzione emanate dal Collegio Arbitrale, si procede a nuova elezione.

#### **4.7. Il sistema informativo dell'UCCP**

L'UCCP deve essere dotata di un idoneo sistema informativo, collegato con il sistema aziendale, che risponda alle necessità di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.

#### **4.8. Rapporti dell'UCCP con le altre forme associative della MG ex art. 54 ACN**

L'UCCP potrà ricomprendere una o più forme associative di cui all'art 54 e AIR 2005. Le relative indennità potranno essere riviste in rapporto a quanto previsto dall'art. 26 ter dell'ACN. I MMG che ne fanno parte saranno comunque tenuti al rispetto di quanto espresso al punto 4.4 compiti del MMG all'interno dell'UCCP.

#### **4.9. Fasi di realizzazione dell'UCCP**

- Entro 6 mesi della deliberazione del presente accordo dovrà essere effettuato una ricognizione da parte delle ASL delle strutture esistenti e riconduzione delle stesse agli standard previsti nella presente intesa
- Entro 6 mesi deve essere costituito il fondo economico
- Entro 12 mesi dalla data della deliberazione della presente intesa presentazione dei piani aziendali di implementazione delle UCCP

## 5. La Sanità di Iniziativa

E' intenzione delle parti, visti i buoni risultati degli indicatori di processo e di esito del sistema in toto, nel rispetto integrale anche della parte economica di quanto previsto dall'accordo fra la RT e le OOSS sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-10, portare a compimento le azioni della Sanità di iniziativa garantendo la copertura di tutta la popolazione toscana andando in progress fino a raggiungere tale obiettivo nel 2015 (20% annuo). Il passaggio a sistema avverrà compiutamente nelle AFT/UCCP, che sono la dimensione associativa idonea a supportare questo passaggio.

Inoltre è necessario individuare il modello di transizione dalla medicina di iniziativa orientata per patologie a quella orientata alla gestione del paziente cronico con bisogni assistenziali complessi, con l'obiettivo di un maggior impatto in termini di tutela della salute di coloro che, per qualche motivazione, non usufruiscono a pieno delle prestazioni del SSR. Il percorso di passaggio sarà individuato attraverso un accordo professionale fra la Medicina Generale e tutte le altre professionalità presenti in CSR e ratificato da un ulteriore accordo. Si confermano le finalità previste dalla DGRT 467/09 e successive, ma tenendo presenti le difficoltà economiche che sta attraversando il SST, si ritiene opportuno prendere in considerazione una rivisitazione del Chronic Care Model nel senso dell'arruolamento di pazienti fragili e ad alta complessità.

Le nuove metodologie di lavoro saranno implementate a partire dal 2013, coinvolgendo in prima istanza i moduli della sanità d'iniziativa già attivati e progressivamente tutta la popolazione toscana. Le risorse necessarie saranno anche reperite attraverso una azione di maggior appropriatezza di tutte le categorie professionali.

Le parti concordano di rispettare i contenuti della DGRT 467 del 3.06.09 e 716 del 3.8.09 .

In particolare in riferimento alla nota 4.3.f della DGRT 467/09, la quota prevista per l'adesione al progetto sarà assorbita dalla remunerazione di risultato. *“Tutti gli indicatori saranno annualmente sottoposti a verifica ed aggiornamento, in coerenza con l'evoluzione del sistema regionale di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie”.*(punto 1.4.1 DGRT 716/09)

## 6. Art. 27 ACN – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse

La Regione Toscana riconosce il ruolo fondamentale della figura del MMG quale professionista in grado di fornire assistenza in modo integrato ai cittadini. Nel presente accordo, i campi della appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse presi in considerazione vengono suddivisi in tre principali settori:

- a. sanità d'iniziativa
- b. la farmaceutica
- c. la specialistica

Il meccanismo di utilizzo delle risorse liberate attraverso l'applicazione obbligatoria a livello aziendale degli accordi sulla farmaceutica e diagnostica già concordati a livello regionale è il seguente:

- il 50% delle risorse saranno destinate all'Azienda Sanitaria;
- il 25% sarà destinato ad investimenti strutturali per le UCCP;
- il restante 25% sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:

- o una quota pari al 12.5% (ovvero il 50% della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della medicina di iniziativa;
- o il restante 12.5% (il 50% residuo della quota complessiva) per eventuali ulteriori obiettivi concordati a livello aziendale.

Il raggiungimento degli obiettivi predetti, recepiti con Accordo Aziendale ed opportunamente monitorati, costituirà elemento determinante per la copertura economica del presente accordo, garantendo l'obiettivo dell'invarianza di spesa.

## **7. Artt. 48 e 49 dell'ACN: rapporti del MMG con lo Specialista e l'Ospedale**

Come già descritto, le prescrizioni dei MMG siano esse farmaceutiche che specialistiche, si inseriscono nell'ambito dei rapporti Territorio – Ospedale – Territorio in maniera dialettica ed interdipendente tra Specialisti e MMG.

E' intenzione delle parti firmatarie della presente intesa delineare alcune linee progettuali che le parti stesse si impegnano a perseguire. In particolar modo la Regione Toscana si impegna a presidiare quanto riportato negli allegati 2 e 3 sul versante degli Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie Toscane ed i MMG si impegnano a partecipare quanto descritto negli stessi allegati.

E' obiettivo prioritario della Regione Toscana e dell'intero SSR combattere il fenomeno dell'induzione e perseguire l'appropriatezza con un corretto rapporto fra i ruoli professionali della dipendenza e della medicina convenzionata, già definiti nella DGR 1038/05. A tale fine la Regione Toscana si impegna ad implementare un sistema di monitoraggio e correzione dei comportamenti difformi, recepito dalle direzioni aziendali. In particolare sarà attivato un portale attraverso il quale i medici potranno segnalare le inadempienze. Le segnalazioni saranno aggregate per Azienda ed esaminate da apposite commissioni paritetiche di Area Vasta. Sarà compito delle Direzioni Aziendali intervenire al fine di correggere i comportamenti inappropriati e dare informazione ai medici segnalatori.

## **8. L'Accordo Aziendale (AA)**

L'AA è previsto all'art. 2 comma 4 e all'art. 14 comma 8 dell'ACN.

Entro 3 mesi dalla data della deliberazione della presente intesa ciascuna Azienda USL è tenuta alla stipula dell'accordo aziendale con la MG. Sono possibili anche accordi integrati di Area Vasta (AIAV).

Sono fatti salvi gli accordi già stipulati nel presente anno purché coerenti con i principi e dettami del presente accordo. Tale coerenza sarà espressa in seno al comitato aziendale per la Medicina Generale.

In particolare gli accordi aziendali dovranno contenere:

- a. la discussione e la implementazione di un budget a livello di AFT, di UCCP e aziendale basato sui contenuti degli obiettivi e degli indicatori del presente accordo
- b. il meccanismo di utilizzo delle risorse liberate attraverso l'applicazione obbligatoria a livello aziendale degli accordi sulla farmaceutica e diagnostica concordati a livello regionale: 50% delle risorse saranno destinate alle Aziende Sanitarie. Il 25% sarà destinato ad investimenti strutturali per le UCCP. Il restante 25% sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi: una quota pari al 12.5% del totale per il raggiungimento degli obiettivi della medicina di iniziativa, il restante 12.5%

per eventuali ulteriori obiettivi concordati a livello aziendale. Il meccanismo di utilizzo, fermi restando gli obiettivi affidati dalla Regione alle singole Aziende, potrà tenere conto anche dei livelli di spesa differenziati fra le varie Aziende ed essere adattato agli obiettivi concordati nella contrattazione decentrata. Questo darà risorse per finanziare tutto l'accordo e generare risparmi aggiuntivi.

## 9. Art. 20 ACN Formazione Continua

L'obiettivo comune della Regione Toscana e della Medicina Generale è "Condividere i percorsi di crescita del ruolo professionale, organizzativo e manageriale della medicina generale subordinandola alla definizione di percorsi formativi rinnovati, che rendano più snello il processo formativo e lo focalizzino su argomenti strategici", come sottolineato nell'Atto di intesa del 28/11/2011.

Occorre, inoltre, dare applicazione a quanto previsto dagli Accordi Stato-Regioni n. 168 del 1 agosto 2007, n. 192 del 5 novembre 2009 e n. 101 del 19 aprile 2012 e quanto previsto a livello regionale, in particolare:

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

A tal fine le parti concordano di istituire ai sensi dell'art. 20 comma 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale un organismo congiunto e paritetico denominato *Centro Toscano di Formazione e Ricerca in Medicina Generale*, inserito all'interno del Formas. Tale Centro avrà un capitolo di bilancio autonomo che sarà gestito dal Comitato di coordinamento del Centro stesso.

L'obiettivo è quello di una gestione economica, patrimoniale ed organizzativa più snella della formazione in Medicina Generale. Le attività del Centro saranno anche finalizzate all'integrazione con le altre professionalità, con particolare riguardo alla Sanità di iniziativa e alle cure primarie.

Gli ambiti di competenza sono i seguenti:

- a. formazione pre-laurea, relativamente all'insegnamento universitario e tirocinio pre-abilitazione, previo accordo con l'Università e in ottemperanza alla DGRT 778/08;
- b. formazione specifica post-laurea: triennio del corso di formazione in medicina generale, previo accordo con l'Ordine dei Medici di Firenze;
- c. programmazione, per quanto di competenza a livello regionale, della formazione continua obbligatoria permanente prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale e dalla normativa regionale; verifica, anche attraverso una relazione annuale, delle attività formative svolte a livello aziendale;
- d. formazione continua relativamente alle nuove competenze, anche di tipo manageriale, individuate in Regione Toscana per la Medicina Generale per l'area delle Cure Primarie: medicina di iniziativa, Chronic Care Model e diagnostica di primo livello;
- e. ricerca e sperimentazione in Medicina Generale e Cure Primarie;
- f. attività connessa all'Alta Formazione traslazionale per la medicina generale;
- g. Scuola di Formazione di Ecografia in medicina generale.

Nell'ambito del Centro è istituito un Comitato di Coordinamento, formato da 10 membri:

- a. 5 designati dalla Regione Toscana;
  - b. 5 designati dal Comitato Regionale per la Medicina Generale, eletti per lista.
- Successivamente, una volta costituito il Comitato, sarà individuato il Coordinatore.

Tale organismo ha funzioni di indirizzo, programmazione e verifica della formazione continua obbligatoria permanente. I Medici di Medicina Generale membri del comitato ricevono l'indennità

prevista dall'Accordo Integrativo Regionale. Il Centro sarà supportato, in logica funzionale, da personale con compiti di gestione amministrativo-finanziaria.

All'atto della costituzione sarà definito il regolamento attuativo.

Le fonti di finanziamento per l'attività del Centro sono:

- a. specifico finanziamento regionale;
- b. risorse che si verranno a liberare attraverso azioni di appropriatezza a livello regionale;
- c. finanziamenti provenienti da Enti e/o Associazioni.

Per i rapporti istituzionali vengono individuate le seguenti modalità:

- a. il Coordinatore farà parte a pieno titolo dell'organismo di direzione del Formas;
- b. due membri della Commissione Regionale per la Formazione fanno parte del Comitato di Coordinamento;
- c. il Comitato di Coordinamento individua il/i rappresentanti per i rapporti con le Università toscane.

L'attività del Centro dovrà tenere conto delle seguenti priorità d'intervento:

- a. applicazione del nuovo modello di formazione previsto dal presente atto;
- b. sperimentazione del nuovo modello di tirocinio in medicina generale come da documento conclusivo del 4 ottobre 2011 dell'Osservatorio Nazionale per la Medicina Generale e successivi accordi
- c. Rispetto della delibera n. 778 del 5/10/2008 ;
- d. acquisizione da parte del Centro di tutti gli strumenti necessari per il funzionamento della Scuola di Ecografia in Medicina Generale, compreso l'acquisizione degli ecografi attualmente inseriti nel patrimonio della AOU di Pisa.
- e. formazione per il chronic care model, quale unico modello di gestione della cronicità, prevedendo azioni di formazione multiprofessionale;
- f. formazione dei coordinatori di AFT e UCCP e di tutti coloro che svolgono un ruolo nel governo clinico.

## **10. Art. 61 ACN: Rapporti tra il MMG e la Dirigenza Sanitaria dell'Azienda**

Occorre applicare quanto previsto dalla legge 40/05 e s.m.i. in merito alla presenza in Ufficio di coordinamento della Zona-Distretto o SDS della Medicina Generale.

Tra i componenti dell'Ufficio di Coordinamento, il responsabile di zona individua un coordinatore sanitario. Se la scelta ricadrà su un medico di MG, la sua remunerazione sarà quella del rapporto orario dell'ACN in base al numero delle ore concordate per questa attività. Nelle Aziende dove si ritiene necessaria, ai fini del governo clinico, una maggiore integrazione con la MG, il MMG che sarà individuato sarà remunerato con lo stesso meccanismo previsto per il coordinatore sanitario.

## **11. Altri contenuti**

Per quanto non espressamente trattato, resta in vigore quanto previsto dal precedente AIR, purchè non in contrasto con la normativa vigente.

## **12. Norme transitorie e finali**

1. Entro sei mesi dalla firma della presente intesa, in sede di comitato regionale, saranno rivisti e aggiornati i seguenti contenuti:

- criteri di attribuzione e numero di ore per l'indennità di collaboratore infermieristico e di studio nelle associazioni complesse;
- adeguamento contratti di collaborazione alla normativa vigente;
- esaurimento associazioni semplici;
- sostituzioni da parte di tirocinanti del biennio di formazione in Medicina Generale.

2. La Regione Toscana e le OO.SS. firmatarie concordano che la sperimentazione dell'H16 dovrà essere costantemente monitorata dal comitato regionale. Pertanto ogni Azienda che effettuerà la sperimentazione dovrà inviare il progetto e trasmettere con cadenza trimestrale i dati di attività su un modello di report che sarà individuato al primo comitato regionale.

3. Per il raggiungimento degli obiettivi contenuti nell'allegato 2 la Regione si impegna a realizzare le seguenti azioni, che richiede di attuare entro 60 giorni dalla deliberazione del presente accordo:

- a. L'intero SSR adotterà per la farmaceutica gli stessi indicatori e criteri di appropriatezza.
- b. L'Assessorato Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà si impegna ad emanare apposite disposizioni tese a monitorare costantemente la prescrizione dei medici ospedalieri ed universitari ed a prevedere interventi laddove detti indicatori non vengano rispettati sia in distribuzione diretta, sia per conto, sia nelle prescrizioni all'atto delle dimissioni.
- c. Tutti i medici del SSR devono utilizzare criteri/costo beneficio nella prescrizione e devono, a parità d'efficacia, prescrivere farmaci di costo minore.
- d. In ogni Azienda dovranno essere previsti accordi contrattuali per il rispetto degli obiettivi concordati.
- e. Saranno intraprese azioni volte a far sì che all'atto della dimissione il primo ciclo di terapia venga effettuato totalmente attraverso il canale della distribuzione diretta.
- f. Le terapie "croniche" non potranno essere più modificate, se non motivandolo clinicamente, in particolare se i pazienti sono giunti alla osservazione per motivazioni non inerenti a quelle patologie.
- g. Vista la normativa regionale inerente la verifica della appropriatezza prescrittiva, la Regione Toscana si impegna a costituire entro tre mesi dalla deliberazione del presente accordo commissioni paritetiche di Area Vasta sull'appropriatezza prescrittiva, cui dovranno obbligatoriamente partecipare le rappresentanze di tutti i medici dipendenti e convenzionati delle Aziende, sia Territoriali che Ospedaliere. Tali Commissioni forniranno alle Direzioni Generali le indicazioni per la correzione dei comportamenti prescrittivi anomali.
- h. L'utilizzo dei sartani nella quasi totalità dei casi è indicato a seguito del manifestarsi di effetti collaterali dell'ACE inibitore, che si hanno solo dopo almeno 30 giorni dall'inizio della terapia. Pertanto questi farmaci non dovranno essere utilizzati in prima istanza, se non motivato clinicamente in cartella clinica.
- i. L'appropriatezza prescrittiva per le terapie antidislipidemiche deve essere rispettata da tutti i medici e pertanto in prima istanza è indicato l'utilizzo di statine a brevetto scaduto o di primo livello. Le statine di II livello dovrebbero essere prescritte quasi esclusivamente dai MMG, dopo aver verificato che il paziente non abbia raggiunto un target ottimale attraverso l'impiego le statine a brevetto scaduto o di primo livello.

- j. Il rispetto di quanto previsto dalla DGRT 148/2007 ed in particolare: *i medici, dipendenti o convenzionati, che all'atto della dimissione ospedaliera o visita specialistica ravvedano la necessità di eseguire una prescrizione farmaceutica o di dare indicazioni in merito alla terapia farmacologica al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta devono attenersi al prontuario ospedaliero in essere presso la struttura in cui operano. Nel caso in cui il medico ravveda la necessità di prescrivere un farmaco al di fuori del prontuario ospedaliero, è tenuto a trasmettere copia della prescrizione farmaceutica alla Direzione Sanitaria aziendale con allegata apposita relazione nella quale siano precisati i motivi della prescrizione al di fuori del PTO.*
  - k. il rispetto di tali azioni sarà oggetto di valutazione per le Direzioni Generali e Sanitarie.
4. Al fine di allineare e rendere omogenei i comportamenti prescrittivi in tema di specialistica dei vari attori del sistema, la Regione si impegna ad intraprendere entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo le seguenti azioni:
- a. ogni richiesta di visita e/o di accertamento dovrà essere redatta con il quesito diagnostico e/o la presunta diagnosi; il codice di priorità dovrà essere apposto dal momento della firma della presente.
  - b. Utilizzo in tutti gli ambiti professionali del SSR di audit interprofessionali di verifica della appropriatezza.
  - c. costituzione di un tavolo aziendale paritetico, con partecipazione anche delle AOU, come già previsto anche dalla DGRT 1038/2005, integrato da una rappresentanza dei coordinatori di AFT.
  - d. Inserimento negli obiettivi di tutte le Direzioni Aziendali del monitoraggio e correzione del fenomeno induttivo, con valutazione del Direttore Generale e del Direttore Sanitario. A tal fine viene messo a punto un sistema di monitoraggio e correzione dei comportamenti difformi rispetto a quanto riportato nella DGRT 1038/05, tramite un portale attraverso il quale ciascun medico potrà segnalare le inadempienze. Le segnalazioni saranno aggregate per Azienda e saranno esaminate da apposite commissioni. cui parteciperà la Direzione Aziendale, al fine di correggere i comportamenti inappropriati. Le azioni correttive saranno valutate per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.
  - e. Istituzione in ogni Area Vasta di una commissione paritetica sull'appropriatezza prescrittiva composta da tutti i professionisti sia delle Aziende sia delle AUO, come già previsto dalla DGRT 1038/2005.
  - f. Applicazione delle modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali previste dalla DGRT 493/2012 e concordate con le OO.SS .
  - g. Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva da parte della Commissione di Area Vasta.
  - h. L'appropriatezza dovrà essere monitorata tramite la produzione di report periodici dell'assistenza specialistica, che ricostruiscano i profili prescrittivi di tutte le tipologie di prescrittori e l'attivazione di meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità al fine di poter evidenziare i differenti gradi di raggiungimento complessivo degli obiettivi programmati.
  - i. Nella creazione della reportistica, con l'ausilio di MES e ARS, dovranno essere separati il ruolo di "curante" da quello di "prescrittore", laddove possibile. Questo in linea con quanto previsto dalla DGRT 1038/2005.
  - j. Ciascuna richiesta di visita e/o di accertamento dovrà essere corredata da un quesito diagnostico (in difetto non sarà possibile eseguire la prestazione). Per risonanze magnetiche e TAC saranno adottati sia dai MMG che dagli Specialisti ospedalieri ed ambulatoriali i criteri prescrittivi approvati dalla Regione Toscana. Le non conformità saranno segnalate alle Direzioni Aziendali per le opportune azioni correttive. I software usati per la prescrizione sia dai MMG che dagli Specialisti dovranno essere opportunamente modificati e resi funzionali ai nuovi criteri individuati.

- k. Dovranno essere concordati a livello aziendale PDT che metteranno a disposizione del territorio diagnostica in tempi congrui con le necessità dei cittadini per tutte quelle patologie che, pur acute, possono essere trattate a livello territoriale. (F.A., scompenso cardiaco, TVP, sangue occulto fecale positivo, anemizzazione cronica, coliche renali ed epatiche, polmoniti, BPCO, etc), nella consapevolezza che il loro trattamento a livello territoriale, senza passare dai DEA per la diagnostica, induce un minor assorbimento di risorse.
- l. Dovranno essere definite a livello aziendale procedure condivise tra Medicina Generale e Dipartimenti Emergenza Accettazione per la corretta gestione del paziente che ha necessità di continuità assistenziale al momento della dimissione, definendo le tipologie di situazioni in cui il paziente potrà essere rinviato al curante e quelle in cui il DEA dovrà ricoverarlo .

Potranno essere avviate sperimentazioni per attivare, in accordo con i medici radiologi, sia la prescrizione della *consulenza radiologica*, sia sperimentazioni di recupero di appropriatezza, rispetto alle prescrizioni più inappropriate di indagini diagnostiche pesanti.

Firenze.....

**Le parti firmatarie**

L'Assessore al Diritto alla Salute .....

**La delegazione dei Direttori Generali delle Aziende USL:**

Direttore Generale Azienda USL 3 .....

Direttore Generale Azienda USL 4 .....

Direttore Generale Azienda USL 5 .....

Direttore Generale Azienda USL 8 .....

Direttore Generale Azienda USL 10 .....

**Il Presidente della Società della Salute:**

Presidente della Società della Salute Empolese .....

**Le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:**

FIMMG .....

SNAMI .....

Intesa Sindacale .....

SMI .....

## DICHIARAZIONI A VERBALE

### DICHIARAZIONE A VERBALE DI SNAMI TOSCANA

“Un servizio sanitario nazionale e regionale con le caratteristiche di universalità, uguaglianza, equità e globalità” non può fondare, come dichiarato nel quadro di riferimento “la sua essenza sulla sostenibilità e conseguentemente sull’equilibrio di bilancio”, ma sulla dignità della persona e sul suo diritto alla salute che sono i valori senza i quali risulta impossibile ogni efficace riforma sanitaria. Quanto previsto dagli articoli 3, 4 e 6 del Codice di Deontologia Medica deve informare l’agire del professionista, ma con questo accordo vengono introdotti elementi tipici della subordinazione in un sistema, la medicina generale, che è per sua natura parasubordinato, con il rischio di condizionare scelte che dovrebbero essere fatte esclusivamente in scienza e coscienza (e nella scienza e coscienza rientrano anche l’appropriatezza e la sostenibilità economica).

Nel presente Accordo non è delineata con chiarezza la figura organizzativa che impone gli obiettivi da raggiungere ai MMG delle AFT e non si evince in essa la presenza di una rappresentanza medica, l’unica che può garantire l’eticità dei criteri sottesi all’elaborazione degli stessi. Se i medici non hanno potere decisionale quanto affermato al capoverso del punto 5, ovvero che “La Regione Toscana riconosce il ruolo fondamentale della figura del MMG quale professionista in grado di fornire assistenza in modo integrato ai cittadini”, rischia di rimanere lettera morta ed è privo di significato. L’elezione per lista dei membri della Medicina Generale per il Comitato di Coordinamento del Centro Toscano di Formazione e Ricerca in Medicina Generale per lista dà di fatto rappresentanza al solo sindacato maggioritario, mentre per una maggiore democraticità è opportuna una elezione con metodo proporzionale che dia spazio a tutte le sigle sindacali.

### DICHIARAZIONE A VERBALE DI INTESA SINDACALE

Intesa Sindacale riconferma la necessità di portare la copertura delle AFT ad H24. Per ottenere questo risultato ritiene opportuno il passaggio dei Medici della Continuità Assistenziale alla dipendenza, come per altro previsto dalla legge 502/92 al fine di garantire le 38 ore settimanali di lavoro ed allontanare ogni possibile dubbio di subalternità della Continuità Assistenziale nei confronti dei Colleghi della Medicina Generale. Il passaggio alla dipendenza dovrà avvenire in forma volontaria.

Intesa Sindacale precisa che l’orario notturno dei Medici dell’Emergenza Sanitaria Territoriale rimane, come da contratto, dalle ore 20 alle ore 8.

### DICHIARAZIONE A VERBALE DEL SINDACATO MEDICI ITALIANI

- SMI ritiene difficilmente sostenibile una riforma della Medicina Territoriale in cui appaiono inadeguate le risorse mobilitate per la sua effettiva realizzazione. Molti aspetti, tra cui la stessa realizzazione delle UCCP, appaiono di dubbia realizzabilità.
- SMI ritiene opportuno addivenire per il futuro ad un modello assistenziale delle cure primarie costruito nel rispetto della legge Balduzzi quindi basato su di una assistenza h 24 7 giorni su 7, distribuita in modo capillare e con chiara differenziazione tra i percorsi assistenziali delle cure primarie da quello dell’emergenza/urgenza.
- SMI ritiene una soluzione inadeguata che il miglioramento dell’assistenza diurna, soprattutto nelle città, sia in alternativa al mantenimento della continuità dell’assistenza notturna capillare. I due aspetti possono essere adeguatamente implementati, come da ACN, grazie all’applicazione del tempo pieno per i medici ca (38h) con utilizzo di 14 ore in attività diurna.
- Per SMI il fondo di 1 Milione ed 800.000 euro destinato al compenso dei Coordinatori delle AFT appare eccessivo e nei fatti crea una rete di privilegi che rischiano di non garantire sufficiente autonomia ed equilibrio gestionale. SMI auspica trasparenza e rigore nella scelta dei designati
- In tema di Coordinatori, SMI ribadisce che da tale nomina dovrebbero essere esclusi – per un evidente conflitto d’interesse – quanti fra i Medici sono Presidenti o appartenenti a Cooperative mediche.
- SMI vede con crescente preoccupazione l’ingresso sempre più pervasivo delle Cooperative nella gestione della salute dei cittadini, temendo sempre più una deriva privatistica dell’assistenza sanitaria ai cittadini. Conferma di tanto anche nel presente Accordo.
- Per SMI appare definitivamente superato il concetto di "rapporto di fiducia" così come delineato nell’AIR. L’impiego dei medici CA in un sistema assistenziale di reale presa in carico di alcune particolari tipologie di pazienti (seppur in collaborazione con il medico di assistenza primaria), ne modifica significativamente il rapporto con i pazienti stessi. La relazione che ne diviene non è più quella di rapporto occasionale legato all’erogazione di prestazioni non differibili, ma di un rapporto assimilato a quello di fiducia e per certi versi addirittura sostitutivo di quello con il medico di assistenza primaria (cure intermedie, ospedali di comunità).
- SMI ritiene che alcuni dei fondamentali del presente Accordo - e fra questi il rispetto della pianta organica della Continuità Assistenziale- debbano essere assolutamente rispettati. Per il suo monitoraggio propone l’istituzione di una Commissione/Osservatorio ad hoc e report periodici dalle Direzioni Generali ASL.

## Allegato 1 – Indicatori di budget

Si riportano a puro titolo esemplificativo alcuni indicatori utili per la definizione del budget

La variabilità individuale e/o di aggregazione sarà confrontata con gli indici di tendenza centrale regionali, aziendali ecc...

|  | <b>Indicatore</b>   |
|--|---|
| Farmaceutica   | Spesa / 1000 ab.  |
|  | N° ricette / 1000 ab  |
|  | N° pezzi / 1000 ab.   |
|  | Indicatori di appropriatezza prescrittiva   |
| Specialistica  | Spesa / 1000 ab.ti  |
|  | N° prestaz.ni / 1000 ab.ti  |
|  | Spesa e prest.ni / 1000 ab. varie branche   |
|  | Tasso di consumo TC e RM / ab.ti  |
| Codici di priorità per le prestazioni specialistiche                               | Percentuale di prescrizioni per ciascun MMG per categoria di priorità (es.: breve...) |
| Ricoveri ospedalieri   | Spesa / 1000 ab.ti  |
|  | N° ricoveri / 1000 ab.ti  |
|  | Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia                                     |
|  | N° ricoveri / 1000 ab.ti <i>escl. parto</i>   |
|  | DRG ad alto rischio di inappropriatezza   |
|  | N° ricoveri medici ripetuti   |
|  | N° ricoveri medici/ 1000 ab.ti  |
| Accessi in DEA   | N° accessi cod. bianco / 1000 ab.ti   |
|  | N° accessi cod. azzurro / 1000 ab.ti  |
|  | N° accessi totali PS / ab.ti  |
|  | N° accessi ripetuti   |
| Accessi (ADP, ADI, ADR)<br>Per i valori di riferimento vedere DGRT 262/2010 nota 1 | Numero accessi / 1000 ab.ti   |
|  | Costo accessi <i>per ADP / per ADI</i> / 1000 ab.ti                                   |
|  | N° di pazienti trattati / 1000 ab   |
| Prestazioni aggiuntive<br>Per i valori di riferimento vedere DGRT 262/2010 nota 1  | Costo totale / 1000 ab.ti   |
|  | Costo <i>per singola prestaz.ne</i> / 1000 ab.ti                                      |
|  | Vaccinazioni  |
| Ausili e Presidi   | N° presidi/MMG/1000 ab.ti   |
|  | Costo presidi/MMG/1000 ab.ti  |
|  | N°. di pazienti trattati / 1000 ab  |
| AFA  | N° pazienti inviati ai corsi AFA a bassa disabilità / 1000 ab.ti                      |
|  | N° pazienti inviati ai corsi AFA ad alta disabilità / 1000 ab.ti                      |
| Copertura vaccinazione antinfluenzale  | % di assistiti > 65 anni vaccinati  |
| Indice di Charlson   | Indice di comorbidità   |
| Sanità di iniziativa   | Indicatori di monitoraggio progetto regionale   |
| Mortalità  | Tasso di mortalità generale / 1000 ab.ti  |
| Trasporti sanitari   | N° prescrizioni / 1000 ab   |
|  | Costo trasporti san. / 1000 ab.   |
|  | Tipologia trasporto: ambulanza, mezzo attrezzato                                      |

**Accordo Integrativo Regionale  
2012**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Donatori sangue | N° donatori / 1000 ass.ti  |
|                 | N° donazioni / 1000 ass.ti   |
| Screening       | % adesione / 1000 per gli screening di prevenzione oncologica (mammella, colon-retto collo dell'utero) |

## Allegato 2 - Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

La Medicina Generale intende, attraverso una azione di appropriatezza prescrittiva, cogliere tutti gli obiettivi sia qualitativi che quantitativi proposti dalla RT. Ma, nella consapevolezza che la spesa farmaceutica territoriale è fortemente influenzata dall'induzione specialistica, ritiene indispensabile che gli stessi obiettivi, assegnati alla Medicina Generale, siano attribuiti anche sulla componente specialistica del SSR.

Il presente accordo verrà aggiornato annualmente entro il mese di marzo, in base agli indirizzi strategici dell'Assessorato.

Per l'anno 2012, per effetto della genericazione di alcune molecole, nonché per la riduzione di prezzi dei farmaci off patent, la Regione Toscana prevede una riduzione della spesa farmaceutica territoriale.

Lo spostamento di prescrizioni all'interno di alcune categorie omogenee come statine e sartani da farmaci patent a farmaci off patent può portare ulteriori economie.

Dal monitoraggio della spesa farmaceutica 2011 si rileva che, per le categorie di farmaci osservate, ricalcolando la spesa rispetto alle migliori performance regionali si possono liberare nuove risorse.

Dalla data della deliberazione del presente accordo, la Regione Toscana impartisce alle Aziende una direttiva finalizzata a costituire un fondo in cui far confluire tali economie, intese come minor spesa. Il fondo sarà distinto per ciascuna ASL e rendicontato dall'Azienda stessa a gennaio e a luglio, per ciascun anno di vigenza del presente accordo, al Settore Politiche del Farmaco della Regione.

Tale fondo, denominato **Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica**, sarà costituito dalla minor spesa che si genera rispetto ad un tetto pari all'obiettivo aziendale di spesa farmaceutica convenzionata ridotto del 15%, cioè al raggiungimento dell'85% della spesa prevista dall'obiettivo assegnato. Il fondo aziendale sarà così impiegato:

- il 50% delle risorse saranno destinate all'Azienda Sanitaria;
- il 25% sarà destinato ad investimenti strutturali per le UCCP;
- il restante 25% sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:
  - una quota pari al 12.5% (ovvero il 50% della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della medicina di iniziativa;
  - il restante 12.5% (il 50% residuo della quota complessiva) per eventuali ulteriori obiettivi concordati a livello aziendale.

Poiché gran parte degli obiettivi descritti saranno resi possibili solo da un'azione sinergica di tutti i professionisti delle cure primarie insieme agli Specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, si rimanda più avanti per le azioni successive da intraprendere.

A puro titolo esemplificativo si inseriscono alcuni esempi di obiettivi specifici:

- a. Prescrizione principi attivi a prezzo di riferimento o brevetto scaduto  
Obiettivo: obiettivo regionale: almeno il 72% delle confezioni erogate deve essere a base di molecole presenti nelle liste di trasparenza regionale.
- b. Prescrizione statine  
Obiettivo costo medio per unità posologica max 0,44 euro
- c. Prescrizione sartani

**Accordo Integrativo Regionale  
2012**

Obiettivo: incidenza massima del 27% delle unità posologiche a base di sartani sul totale delle UP di farmaci della categoria “Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina”

d. Prescrizione sartani

Obiettivo: almeno il 90% delle unità posologiche a base di molecole non coperte da brevetto

e. Prescrizione antibiotici iniettabili:

Obiettivo: massimo il 20% delle confezioni a somministrazione iniettiva sul totale delle confezioni

### **Allegato 3 - Appropriately prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa**

Anche in questo campo la Medicina Generale gioca un ruolo fondamentale, attraverso l'utilizzo appropriato della diagnostica e del corretto uso delle risorse, in un contesto nel quale l'appropriately è perseguita da tutte le componenti professionali del S.S.R.

L'utilizzo appropriato degli accertamenti specialistici (visite e diagnostica) si realizza tramite il coinvolgimento, sugli stessi obiettivi e con un'unica strategia di intervento, dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, compresi i medici del DEA. Quindi, insieme ad un governo dell'appropriately da parte delle Aziende, occorre sviluppare un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati con il livello ospedaliero.

In questa ottica i MMG assicurano la propria collaborazione all'attuazione delle azioni utili alla riduzione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in merito a quanto previsto dalla DGR 493/2011 - in applicazione del Piano Nazionale per il governo dei tempi di attesa.

Tutti i medici prescrittori -MMG, specialisti, dipendenti e convenzionati, compresi i medici del DEA- devono prescrivere, specificando il quesito diagnostico ed il codice di priorità clinica corrispondente, in base ai criteri concordati a livello regionale con le OO.SS. di categoria sulla base delle raccomandazioni fornite dalle linee guida in materia.

A seguito della stipula della presente intesa la Medicina Generale si impegna a perseguire le seguenti azioni per l'appropriately prescrittiva degli accertamenti specialistici e contenimento dei tempi di attesa:

- a. ogni richiesta di visita e/o di accertamento dovrà contenere il quesito diagnostico e/o la presunta diagnosi; il codice di priorità dovrà essere apposto dal momento della deliberazione della presente.
- b. a livello aziendale e per ciascuna AFT viene calcolato un budget per la Medicina Generale relativo alla specialistica, tenendo conto degli indicatori proposti nell'allegato 1. Tale budget, in attesa di una definizione legata alla appropriately prescrittiva, sarà determinato dal dato prescrittivo storico, ridotto di una percentuale concordata pari al 5%. Esso dovrà comunque garantire al MMG la diagnostica necessaria alla applicazione della DGRT 493/2011.
- c. le performance di AFT e del singolo MMG saranno discusse mediante la metodica dell'audit e della revisione tra pari all'interno dell'AFT, con cadenza almeno semestrale, con la partecipazione degli specialisti interessati, con i Dirigenti Distrettuali e/o della Direzione Aziendale nel ruolo di facilitatori. I confronti saranno espressi analizzando la variabilità prescrittiva, tenendo conto di standard predefiniti di appropriately. Metodi e strumenti di monitoraggio dovranno sfruttare le esperienze già attive nelle Aziende.
- d. Costituzione di un tavolo aziendale paritetico, con partecipazione obbligatoria delle AOU, come già previsto anche dalla DGRT 1038/2005, integrato da una rappresentanza dei coordinatori di AFT. Tale tavolo attuerà tutte quelle azioni necessarie a ricondurre alla appropriately prevista.
- e. Costituzione di un fondo in cui far confluire le risorse liberate, denominato **Fondo di appropriately prescrittiva specialistica**. Il fondo sarà distinto per ciascuna AUSL e rendicontato a gennaio e a luglio per ciascun anno di vigenza della presente intesa al Settore Assistenza alla persona in ospedale. Il meccanismo di utilizzo delle risorse liberate attraverso l'applicazione obbligatoria a livello aziendale dell'accordo sarà il seguente:
  1. il 50% delle risorse saranno destinate all'Azienda Sanitaria;
  2. il 25% sarà destinato ad investimenti strutturali per le UCCP;

**Accordo Integrativo Regionale  
2012**

3. il restante 25% sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:
  - i. una quota pari al 12.5% (ovvero il 50% della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della medicina di iniziativa;
  - ii. il restante 12.5% (il 50% residuo della quota complessiva) per eventuali ulteriori obiettivi concordati a livello aziendale.

## **Allegato 4 – Sistema informativo della Medicina Generale**

Il presente allegato rappresenta il superamento della DGR 469/10 e definisce le modalità e gli strumenti per l'implementazione del sistema informativo della medicina generale in Regione Toscana, ai sensi del punto 5 dell'art. 13bis.

### **Le parti concordano sui seguenti punti:**

1. Regione Toscana mette a disposizione della Medicina Generale come infrastruttura per l'implementazione del sistema informativo il sistema di cooperazione applicativa di RT (CART), attraverso il quale le informazioni previste a livello nazionale e regionale saranno veicolate ai server delle singole Aziende Sanitarie o, ove previsto, a RT e ai livelli centrali.
2. Le informazioni veicolate saranno messe a disposizione attraverso il software di cartella clinica del medico nel rispetto della normativa sulla privacy mediante specifiche implementazioni descritte nei documenti tecnici denominati RFC (Request For Comment) pubblicati sul sito [www.web.rete.toscana.it/e-Compliance/](http://www.web.rete.toscana.it/e-Compliance/). Il contenuto degli RFC è condiviso dalla Medicina Generale.
3. Gli add on necessari, la connettività, i servizi di avviamento ed assistenza sono forniti a tutti i medici senza oneri né tecnici né economici dal SSR. Relativamente agli add on RT si è fatta carico di gestire direttamente il rapporto con i fornitori di cartella mediante ESTAV Centro. Le licenze degli add on saranno acquisite dal SSR e fornite gratuitamente ai MMG.
4. Le ore dedicate alla formazione di cui al punto precedente, pari a quattro, vanno a ridurre il debito formativo di cui all'ACN.
5. La Medicina Generale si impegna a collaborare alla fase di collaudo del software, in particolare per quanto attiene il collaudo funzionale, che dovrà concludersi entro 30 giorni dalla firma della presente. Il collaudo funzionale ha lo scopo, tra l'altro, di verificare che le procedure non aggravino con tempi onerosi la pratica clinica.
6. Un'azione efficace di lotta all'induzione è un obiettivo prioritario dell'intero sistema. L'azione di monitoraggio e correzione del fenomeno induttivo deve essere recepita negli obiettivi delle Direzioni Aziendali, non solo delle aziende territoriali ma anche delle aziende ospedaliere. Cogliendo l'occasione della prescrizione elettronica, a tal fine viene messo a punto un sistema di monitoraggio e correzione dei comportamenti difforni rispetto a quanto riportato nella DGRT 1038/05, tramite un portale attraverso il quale ciascun medico potrà segnalare le inadempienze. Le segnalazioni saranno aggregate per Azienda e saranno esaminate da apposite commissioni interaziendali cui parteciperanno le Direzioni, al fine di correggere i comportamenti inappropriati. Le azioni correttive saranno valutate per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. A partire dal 2013 l'azzeramento delle induzioni sia farmacologiche sia diagnostiche e quindi il rispetto della 1038 è un obiettivo di tutte le direzioni generali e sanitarie ed oggetto di valutazione delle stesse da parte della regione.
7. In merito al patient summary, deve essere esplicitato che la sua estensione, oltre quanto già previsto nell'ambito dell'accordo sul CCM, deve avvenire previo accordo con la medicina generale e secondo una gradualità concordata. L'art. 3 del biennio prevede che, dall'avvio a

regime della rete informatica regionale (punto 5 dell'art. 13bis), debbano essere attuate le seguenti fasi progressive:

- a. invio sperimentale ai fini della valutazione di qualità del dato di un set concordato di informazioni sui pazienti 75+;
- b. stabilizzato il flusso di cui al punto precedente, viene concordata a livello regionale la trasmissione sui cronici;
- c. verifica congiunta regionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi e gli eventuali aggiustamenti per l'allargamento a tutta la popolazione. Le tempistiche sono oggetto di accordo regionale.

Si precisa quindi:

1. il set concordato di informazioni è quello previsto dall'RFC 133
  2. ciascuna delle tre fasi avrà la durata di sei mesi, a partire dalla conclusione del collaudo funzionale del software per la prima e dalla conclusione della fase precedente per le altre
8. In relazione al CUP, là dove nella DGR 469/10 viene detto "*prenotazione diretta da parte dell'organizzazione dei medici convenzionati tramite il sistema CUP degli accertamenti e dei trattamenti ritenuti necessari*", deve essere esplicitato che trattasi di un'attività che, salvo specifici accordi aziendali, dovrà essere svolta dal personale di supporto, ove disponibile.
9. Saranno garantite forme di tutela per i medici che hanno un software di cartella non adeguabile in quanto il produttore non ha risposto alla procedura negoziata.
10. Riguardo al rimborso per la connettività di cui alla DGR 962/10, si precisa che ai MMG spetta il rimborso per l'intero importo richiesto nel rispetto di quanto previsto dall'accordo. In questo senso si ribadisce che la cifra di 230€ riportata nell'allegato B è semplicemente uno dei criteri per la costituzione del fondo per le Aziende, ma non ha assolutamente significato di tetto massimo di rimborso. L'accordo sulla connettività è prorogato per tutto l'anno 2012 e sarà poi rinegoziato. Per quanto riguarda i medici inseriti nei moduli pilota della sanità d'iniziativa, si applica quanto previsto dalla DGRT 962/10.
11. Si condivide la procedura di distribuzione del software per le Aziende Sanitarie.