

**REGIONE BASILICATA**

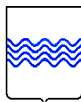
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

Accordo collettivo nazionale per la disciplina  
dei rapporti con medici di medicina generale.

**Integrazione all'A.I.R. approvato con DGR 331/2008**

**Programma di attività finalizzata al governo clinico**



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

### Premessa

Il particolare contesto socio-economico-finanziario e le future sfide legate al federalismo fiscale impongono sia alla Regione che ai medici del territorio la necessità di ridefinizione dell'offerta di prestazioni della medicina del territorio che integri la riforma disegnata dal legislatore regionale.

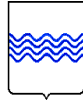
La Regione e le OO.SS. rappresentative della medicina del territorio con questa intesa intendono anticipare un obiettivo strategico del prossimo Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale attivando il progetto "GOVERNANCE CLINICA MULTILIVELLO", che attraverso meccanismi di confronto e di condivisione, fra i vari attori del pianeta sanità regionale, possa maggiormente caratterizzare il servizio sanitario in termini di appropriatezza ed economicità.

Pur confermando le linee programmatiche (coerenti con il livello nazionale) definite nell'AIR 416/2007 per la pediatria e nell'AIR 331/2008 per la medicina generale, di offerta di prestazioni sul territorio, occorre una rivisitazione di taluni istituti contrattuali nell'ambito della riorganizzazione integrata dei servizi coerentemente con l'attuale contesto programmatico di innovazione del sistema sanitario.

Per Governo Clinico si intende un modello di gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione e il miglioramento della qualità delle prestazioni articolate sulle seguenti tre linee di indirizzo:

- Miglioramento degli esiti di salute - efficacia
- Uso appropriato delle risorse - efficienza
- Soddisfazione dei pazienti – qualità percepita

Con il miglioramento continuo della qualità il sistema sanitario regionale intende assicurare al paziente la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili (efficacia), con il minor consumo di risorse (efficienza), che comportino il minor rischio di danni conseguenti al trattamento (risk management) e con la massima soddisfazione per il paziente (qualità percepita).



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

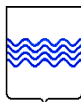
In altre parole con tale modello il sistema salute regionale intende perseguire un equilibrio tra gestione delle risorse, qualità professionale ed esigenze e responsabilizzazione del paziente, sviluppandosi così un approccio innovativo che motivi gli operatori sanitari dei diversi settori (prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera) e, nel contempo stesso crei un ambiente nel quale l'eccellenza clinica possa prosperare.

La Regione Basilicata, consapevole che il miglioramento della qualità non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto ma che l'orientamento verso il governo clinico richiede un approccio di "sistema", ha individuato una serie di macrosettori che solo per convenzione e per chiarezza espositiva si è deciso di mantenere separati, ma che nella realtà risultano fortemente interconnessi e complementari e che possono in maniera esemplificativa essere così riassunti:

1. Appropriata organizzativa e specifica
2. Formazione continua
3. Gestione del rischio clinico
4. Audit clinici
5. Medicina basata sull'Evidenza: EBM, EBHC
6. Linee guida cliniche e percorsi assistenziali
7. Valutazione degli outcome
8. Health Technology Assessment

Il governo clinico in ambito territoriale si realizza e si sviluppa attraverso percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari, nei quali efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni consentono di migliorare la qualità dell'assistenza e allo stesso tempo di governare la spesa sanitaria attraverso il coinvolgimento diretto del medico di assistenza primaria che rappresenta il punto di riferimento per la presa in carico del paziente e la erogazione dei livelli di assistenza territoriale.

Il processo di implementazione e sviluppo del governo clinico nell'assistenza primaria è fortemente sostenuto dalle norme previste dal vigente contratto accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con medici di medicina generale.



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

In particolare al comma d) art. 5 dell'ACN vigente, tra gli obiettivi da concordare viene stabilito di *“favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria”* .

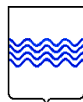
Nello stesso accordo è stabilito che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione dei Medici di Medicina Generale operanti nel territorio comporta un equivalente e contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico, con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di territorio.

Inoltre vengono definite le quote assegnate a ciascun medico che partecipa alle attività finalizzate all'implementazione e sviluppo di attività connesse al governo clinico.

### Art. 1.

Di seguito sono riportati gli obiettivi che vengono assegnati per il perseguimento delle sopra esposte finalità:

1. Predisposizione e applicazione per i Medici di Medicina generale di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) condivisi e definiti, entro due mesi dall'insediamento, dall'Osservatorio Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sulle seguenti tematiche:
  - Management del paziente con patologia osteoarticolare cronica
  - Management del paziente “reumatologico”
  - Management del paziente “oncologico”
  - Management del paziente “endocrinologico”
  - Management del paziente con diabete mellito
  - Management del paziente cardiovascolare
  - Management del paziente con asma e BPCO
  - Management della gravidanza
  - Linee guida sulla prescrizione di alcuni farmaci: Statine, Sartani, Inibitori di Pompa Protonica, Eparine a basso peso molecolare.



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

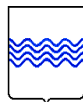
2. Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci finalizzata al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna nella misura di meno 8,50%, applicando coefficienti di correzione (obiettivo di 8,50 moltiplicato il relativo coefficiente di correzione) sulla base dell'obiettivo percentuale storico raggiunto nell'anno precedente rispetto al budget individuale assegnato:

Obiettivo percentuale storico raggiunto rispetto al budget individuale assegnato	Coefficiente di correzione	Obiettivo
da 0% a $\leq 25\%$	1	8,50%
$> 25\%$	2	17%
da -25% a $\leq 0\%$	0,5	4,25%
$< -25\%$	0	0 (mantenimento dello storico)

3. Azioni per il contenimento della mobilità sanitaria passiva extraregionale ed in particolare la riduzione complessiva del 20% dei ricoveri fuori regione relativi ai DRGs (riportati nella tabella allegata) di medio bassa complessità che richiedono un trattamento chirurgico, comunemente effettuato dalle strutture sanitarie regionali. Per tale obiettivo deve essere previsto il coinvolgimento delle strutture ospedaliere regionali che devono garantire secondo modalità concordate gli accessi per quei pazienti che presentano una diagnosi di patologie trattabili;
4. Applicazione di uniformi comportamenti prescrittivi per prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;
5. Applicazione dei sistemi di prenotazione per classi di priorità per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

### Art. 2. Costituzione del fondo

- a. Il fondo aziendale per l'assistenza primaria collegato alle azioni del presente accordo viene così costituito:



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

	a) Medico singolo o associazione semplice e rete	b) Medicina di gruppo
Fondo per il governo clinico (art. 9 AIR 331/08)	€ 3,08	€ 3,08
Attività integrative dell'assistenza (art. 18 AIR 331/08)	€ 7,75	€ 11,00
Adozione classi di priorità	€ 1,17	€ 1,17
Totale	€ 12,00	€ 15,25

Il fondo viene erogato come segue:

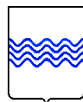
- 40% dell'importo disponibile distribuito ai medici in modo proporzionale al numero degli assistiti a fronte dell'adesione al progetto, allo svolgimento delle attività garantendo la continuità di quanto previsto dall'art. 18 dell'AIR 331/2008.
- 60% dell'importo disponibile distribuita ai medici in modo proporzionale al raggiungimento degli obiettivi.

Pertanto il fondo sopra individuato è ripartito in questo modo:

	Quota fissa	Quota variabile
Medico singolo o in associazione semplice o rete (medico a)	€ 4,80	€ 7,20
Medicina di gruppo (medico b)	€ 6,10	€ 9,15

Ai fini della valutazione del grado raggiungimento degli obiettivi si stabilisce che il giudizio relativo all'obiettivo indicato all'art. 1 comma 2 e la relativa remunerazione sarà effettuato per ciascun medico, mentre per i restanti obiettivi (art. 1 commi 1-3-4-5) la valutazione sarà complessiva.

In caso di raggiungimento totale degli obiettivi assegnati si procederà alla erogazione dell'importo massimo spettante a ciascun medico, secondo quanto riportato nella tabella seguente:



## REGIONE BASILICATA

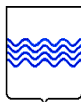
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

Obiettivo	Valore raggiungimento obiettivo	Compenso spettante %	Compenso spettante € Medico a	Compenso spettante € Medico b
Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna	>= 8,5 %	80 %	5,76	7,32
Contenimento mobilità sanitaria passiva extraregionale	Riduzione complessiva del 20%	10 %	0,72	0,915
PDTA, Comportamenti prescrittivi specialistica e Classi di priorità	realizzati	10 %	0,72	0,915
<b>TOTALE</b>		<b>100 %</b>	<b>7,20</b>	<b>9,15</b>

Relativamente al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna, in caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo assegnato, si effettueranno abbattimenti sui compensi previsti, secondo quanto riportato nella tabella sottostante:

Grado raggiungimento obiettivo contenimento spesa farmaceutica	Compenso spettante %	Compenso spettante € Medico a	Compenso spettante € Medico b
Obiettivo raggiunto	100%	5,76	7,32
Scostamento fino al 30%	70 %	4,03	5,12
Scostamento oltre il 30%	35%	2,02	2,56

- b. I medici che intendono sottoscrivere il progetto devono inviare formale adesione alla ASP e alla ASM entro 30 giorni dal relativo provvedimento regionale di recepimento del presente accordo.
- c. La quota variabile legata alla spesa farmaceutica e alla adozione dei PDTA e Classi di Priorità è erogata con la mensilità di febbraio 2011 e quindi entro il 31 marzo 2011.
- d. La quota legata alla migrazione sanitaria è erogata con la mensilità di luglio 2011 e quindi entro il 31 agosto 2011.



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

### Art. 3. Il sistema dell'appropriatezza

(Integrazione/governo clinico)

Il presente Accordo intende sostanziare il concetto di appropriatezza promuovendo e diffondendo nei medici la cultura di una alleanza terapeutica con i cittadini sui problemi di salute. Tale alleanza permetterà al paziente di fare le scelte in tempi opportuni ed a livelli assistenziali esaustivi, sulla base della applicabilità locale delle evidenze scientifiche disponibili, nell'obiettivo di un uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse definite.

In questa ottica pertanto viene individuato un sistema di gestione dell'appropriatezza inteso come strumento di approccio unitario e sistematico. Tale sistema collega gli organismi e le attività previste dagli art. 25 e 27 dell'ACN a quelli del presente Accordo, in particolare alla Commissione Regionale per l'Appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

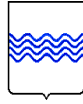
Detta Commissione (unificata sia per la Medicina Generale che per la Pediatria di Libera Scelta) presieduta dall'Assessore Regionale alla Salute o suo delegato è composto da:

1. Un rappresentante per ciascuna Azienda Territoriale ed Ospedaliera
2. Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica Obiettivi del Dipartimento alla Salute
3. Dirigente dell'Ufficio delle Politiche del Farmaco del Dipartimento alla Salute
4. 3 MMG (designati congiuntamente dalle OO.SS.)
5. 2 PLS (designati congiuntamente dalle OO.SS.)
6. Presidente dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri del capoluogo di Regione o suo delegato.

Compiti della Commissione:

- Individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza pertinenti per la medicina generale e individuati a livello regionale, perseguibili anche attraverso il presente Accordo;





## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

- Individuazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;
- Individuazione di linee guida di priorità in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, e di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione;
- Definizione ed individuazione delle modalità per l'armonizzazione delle attività di medicina generale, limitatamente all'appropriatezza, assicurate dalle diverse Aziende;
- Attivazione, ai sensi dell'art. 49 comma 7 dell'ACN, di Commissioni paritetiche di confronto MMG/Medici Specialisti con le strutture ospedaliere volte ad elaborare, criteri-orientativi, linee-guida, o quant'altro necessario su argomenti i cui tassi di inappropriatezza risultino elevati a motivo di un eccessivo consumo di risorse.

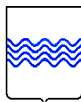
A tal riguardo a livello aziendale si richiama la necessità di dare esecuzione a quanto previsto dall'art. 49 comma 7 dell'ACN e dall'art. 19 dell'AIR 331/2008, in ordine alle commissioni aziendali miste territorio-ospedale che devono relazionare alla Commissione Regionale sulle azioni e attività intraprese con cadenza trimestrale.

### NORMA FINALE n. 1

Il presente Accordo produce effetti giuridici ed economici dal 1/7/2010 fino al 31/12/2010 e comunque fino all'adozione del nuovo accordo integrativo regionale.

### NORMA FINALE n. 2

Su tutte le indennità aggiuntive previste dal presente accordo integrativo, le Aziende provvederanno nei tempi e nelle modalità previste dall'articolo 60 (commi 1, 2 e 3), a versare un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349.



## REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

---

### NORMA FINALE n. 3

La Regione entro il 31 Agosto 2010 adotterà con formale provvedimento il prezzo di riferimento di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA per almeno TRE categorie di Farmaci ad alto impatto sulla spesa sanitaria regionale.

### NORMA FINALE n. 4

La Regione si impegna a reinvestire una parte delle risorse provenienti dai risparmi aggiuntivi legati alle azioni del presente Accordo in progettualità relative alle cure primarie.

### NORMA FINALE n. 5

La domanda di adesione al progetto di cui al presente accordo per i medici neo inseriti dovrà essere prodotta entro i 30 giorni successivi all'apertura dello studio medico.

### DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1

La Regione entro il 15 settembre 2010 provvederà alla convocazione delle parti per l'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale.

### DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2

In caso di mancata definizione del nuovo AIR entro il 31 dicembre 2010, le parti si impegnano a rideterminare i termini e i coefficienti di correzione relativi all'appropriatezza descrittiva dei farmaci entro e non oltre il 31 gennaio 2011.

*Per la Regione - Dipartimento Salute, Sicurezza e  
Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla  
Comunità*

*Assessore  
F.to Dott. Attilio Martorano*

*Dirigente Generale  
Dott. Pietro Quinto*

*Per le OO.SS.*

*F.to FIMMG  
F.to INTESA SINDACALE  
F.to SMI*