

## 1° STRALCIO ACCORDO AZIENDALE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il presente Accordo sulla Medicina Generale in applicazione dell'Accordo Regionale adottato con DGR n. 1398 del 9.10.2006, definisce gli obiettivi ed incentivi relativi all'anno 2007 indicati nel dettaglio che segue:

- proroga per l'anno 2007 dell' **ACCORDO AZIENDALE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE - NUCLEI DI CURE PRIMARIE - ANNO 2006** (adottato con Deliberazione n. 136 dell'11.07.2006), che viene allegato come parte integrante e sostanziale del presente documento, relativamente ai seguenti Obiettivi organizzativi, assistenziali e di appropriatezza e governo clinico:

- A. Obiettivi Organizzativi
- B. Obiettivi Assistenziali
- C. Sistema di informazione e audit
- D. Partecipazione dei NCP ai livelli di spesa programmati
- E. Erogazione diretta
- F. Appropriatezza prescrittiva

- **PROGETTO SOLE: COLLEGAMENTO INFORMATICO E PRESTAZIONI INFORMATICHE DI BASE - COMPENSO**

Le Parti convengono che il compenso di 5 euro/anno per assistito, frazionato in dodici mensilità (0,416 euro /mese) relativo all'allacciamento dello studio medico con la rete informatica per lo scambio dei flussi informativi - che retribuisce le prestazioni informatiche di base, individuate dall'Allegato n. 8 dell'Accordo Regionale adottato con DGR n. 1398 del 9.10.2006 -, verrà corrisposto con le seguenti modalità:

a) Ai medici sperimentatori (FIORANO) viene riconosciuta la quota dal 4° (quarto) mese dall'attivazione considerato che per i mesi precedenti era già stato corrisposto apposito riconoscimento economico.

b) Per i medici già attivati

- fino al 31/07/2007: viene riconosciuto l'incentivo a tutti i medici a partire dal 1° giorno del mese successivo a quello dopo l'installazione, senza tenere conto della quota raggiunta di richieste mensili da inviare in modalità Sole; ovvero indipendentemente dalla quota raggiunta di trasmissioni automatiche al CUP dei dati per garantire una più agevole fruizione della prenotazione autonoma da parte del cittadino;

- dal 1/08/2007: viene riconosciuto l'incentivo unicamente ai medici che abbiano raggiunto un numero, medio, di invii di richieste mensili da inviare in modalità SOLE, pari ad almeno 1/8 del totale dei propri assistiti – ad esempio: 125 invii su 1000 assistiti - nel periodo considerato.

In fase di prima applicazione - ovvero dall'1/08/07 al 31/12/07 -, la media degli invii, da riconoscere al fine dell'ottenimento dell'incentivo, viene calcolata sui cinque mesi di riferimento (e non sul singolo mese), in modo tale da consentire una sorta di "recupero" per il medico che non abbia potuto procedere al numero previsto di invii, causa eventi ostativi oggettivi.

Successivamente, la media degli invii, da riconoscere al fine dell'ottenimento dell'incentivo, viene calcolata su base semestrale (non sul singolo mese).

Il calcolo relativo alla media di invii verrà effettuato a cadenza semestrale: in febbraio verrà effettuato il conguaglio del periodo luglio – dicembre; in agosto verrà effettuato il conguaglio del periodo gennaio – giugno.

Tale calcolo riguarda anche tutti i medici attivati nel semestre di riferimento

Pertanto, nel mese in cui non si sia raggiunto, e nemmeno recuperato nel periodo precisato, un numero di invii almeno pari ad 1/8 del totale dei propri assistiti, non sarà attribuito l'incentivo previsto.

c) Per i medici non ancora attivati:

viene riconosciuto l'incentivo unicamente ai medici che abbiano raggiunto un numero, medio, di invii di richieste mensili da inviare in modalità Sole – in analogia alle previsioni di cui alla lettera precedente - pari ad almeno 1/8 del totale dei propri assistiti – ad esempio: 125 invii su 1000 assistiti - nel periodo considerato a partire dal mese successivo a quello dell'installazione, calcolando tale quota sui mesi restanti.

Condizione necessaria per convalidare quanto sopra sarà l'invio della lettera/linea guida a tutti i medici, contenente l'indicazione degli accordi economici raggiunti e dei requisiti di funzionamento e legittimità del programma SOLE.

- **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE** (allegato D dell'ACN in vigore dal 23.03.2005)

L'accordo regionale in attuazione dell'ACN 23/3/2005, adottato con D.G.R. 1398 del 9/10/2006 ha introdotto nuove tipologie di prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici nell'allegato n. 4 e nell'allegato n.6.

I compensi per lo svolgimento di tali prestazioni decorrono dall'1/01/2007.

Per pazienti inseriti in programmi di assistenza domiciliare (ADI e ADP) sono retribuite, in aggiunta al compenso previsto per l'accesso, solo le prestazioni di cui alla lettera C) allegato 4 (ACR allegato 7 art. 5, punto 3)

Il trattamento economico riguarda esclusivamente l'accesso del medico al domicilio del paziente nelle cadenze stabilite nel programma formulato, in coerenza con il decorso clinico. Al di fuori di tale programmazione, al MMG che si reca al domicilio del paziente per una visita domiciliare, viene riconosciuto il

trattamento economico per le eventuali prestazioni aggiuntive effettivamente prestate: e, quindi, le prestazioni di cui alle lettere A), B) e C); e non viene riconosciuto il trattamento economico per l'accesso (comma 1 dell'art. 5 dell'Allegato 7 ACR).

#### - INCENTIVAZIONI PER LA REALIZZAZIONE DEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE

A fronte della condivisione da parte dei medici di medicina generale degli obiettivi previsti al capitolo 3 dell'ACR adottato con D.G.R. 1398 del 9/10/2006 (Obiettivi), il compenso, a fronte degli obiettivi organizzativi sottoelencati, è così articolato:

a) 1 euro/assistito/anno per la disponibilità, all'integrazione, che retribuisce l'accettazione della logica interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie come rappresentata nell'Accordo Regionale citato, e la conoscenza informatica come requisito indispensabile di partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione;

b) 0,30 euro/assistito/anno per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica, sia fra i medici del Nucleo che fra questi e la rete aziendale.

In sede di prima applicazione, i compensi di cui sopra vengono erogati, dopo la presentazione della dichiarazione di adesione, con decorrenza 01.01.2006. Successivamente, i compensi di cui sopra vengono erogati con decorrenza dalla data di presentazione della dichiarazione di adesione.

I medici che non percepiscono l'indennità informatica o che hanno dichiarato di non possedere il requisito della conoscenza informatica, **dovranno adempiere all'impegno alla informatizzazione precisato**

[1]

dall'ACN, art.59, lett.B, comma 11, al massimo entro i termini di seguito indicati:

\* coloro che hanno conseguito la laurea dal 1 Gennaio 1994 al 1 Gennaio 2004, devono aver adempiuto all'obbligo entro il 23.3.2006;

\* coloro che hanno conseguito la laurea dal 1 Gennaio 1984 al 1 Gennaio 1994, devono adempiere all'obbligo entro il 23.3.2008

\* coloro che hanno conseguito la laurea dal 1 Gennaio 1974 al 1 Gennaio 1984, devono adempiere all'obbligo entro il 23.3.2010

Sono esentati dall'obbligo i medici che hanno conseguito la laurea antecedentemente al 1 Gennaio 1974.

Il rispetto di tale impegno è la condizione necessaria per il riconoscimento del compenso di 1,30 euro, compenso per il quale si procederà anche al recupero di eventuali quote già percepite. Pertanto le inadempienze verranno portate in Comitato Aziendale per i provvedimenti conseguenti.

#### - PARTECIPAZIONE OPERATIVA AL NUCLEO DI CURE PRIMARIE

Il compenso pari ad 1 euro/assistito/anno, aggiuntivo rispetto alle tariffe dell'ACN per tali forme associative, per la copertura della 7°ora giornaliera da parte della forma Associativa, viene riconosciuto a decorrere dal 1/01/2008.

Il compenso viene riconosciuto a fronte degli obiettivi organizzativi richiamati nel paragrafo n. 6, alla lettera c2) dell'Accordo Regionale adottato con DGR n. 1398 del 9.10.2006, ai medici già in rete o in medicina di gruppo in possesso dei requisiti previsti dall'Art.54 del vigente ACN, che sviluppano, in funzione del progressivo adeguamento con le tipologie organizzative ed erogative previste per il Nucleo di Cure Primarie, ivi compresa la promozione di forme di integrazione con i medici di continuità assistenziale

È necessario, altresì, che sia assicurata l'assistenza ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, indipendentemente dalla forma associativa istituita, così da garantire complessivamente da parte del Nucleo di Cure Primarie o, in subordine, delle associazioni, una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio, fatto salvo quanto previsto all'art. 36 (Requisiti e Apertura degli Studi Medici) per quanto riguarda l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, con un minimo di due ore per fascia.

Per garantire l'assistenza ambulatoriale ed eventuali urgenze saranno concordate, in sede di Comitato Aziendale, attività diurne dei medici della Continuità Assistenziale e/o incrementi di orario di apertura dei singoli studi.

-

#### - INDICAZIONI OPERATIVE PROGETTO DISTURBI COGNITIVI

I compensi spettanti ai medici di medicina generale e derivanti dal nuovo Accordo Aziendale relativo al Progetto Disturbi Cognitivi (prima chiamato Progetto Demenza), approvato con Deliberazione n. 039 del 20/03/2007, relativo alla compilazione del modulo B degli assistiti che non rientrano più nel progetto demenze - essenzialmente per i seguenti motivi: decesso; cambio medico - verranno liquidati con le modalità di seguito precisate:

\* il modulo B viene presentato sempre nel periodo 1/1 - 28/02 .

\* il medico presenta il modulo B indicando la data di "uscita dal carico" ed il motivo.

\* il modulo B viene liquidato al medico in misura proporzionale al periodo intercorrente tra la data di presa in carico con modulo A (se trattasi di nuovo paziente) o data di compilazione dell'ultimo modulo B (se trattasi di paziente già seguito) e la data di "uscita dal carico".

Pertanto, alla presentazione del modulo B si procederà alla liquidazione delle quote mensili relative alla presa in carico

del paziente.

**- COMPENSO AL MEDICO INCARICATO NELLE RSA**

Alle nuove tariffe - pari a euro 35,00 orarie e comprensivo di tutte le prestazioni di particolare impegno professionale ai sensi dell'Allegato n. 6 ACR adottato con DGR n 1398/2006 (assistenza domiciliare agli ospiti in residenze protette e collettività - Art.53, comma c, ACN) - è data decorrenza dall'01.09.2006

**- REFERENTE DI DISTRETTO E DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE PER LA MEDICINA GENERALE**

Il Referente per la medicina generale - richiamato nell'Allegato n. 2, punto 2, dell'ACR adottato con DGR n 1398/2006 nella parte in cui, a proposito del Profilo del Referente di Distretto e Dipartimento Cure Primarie per la medicina generale, afferma che *“si fa carico delle funzioni di cui all'art. 25 comma 4 dell'ACN, coadiuvando il Direttore di Distretto per il monitoraggio delle attività territoriali riguardanti la Medicina generale previste dal programma”*, che riporta alla figura del *“ .... medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia ...”* - è una figura nuova ed innovativa introdotta dall'Accordo Regionale, in coerenza con le indicazioni della L.R. 29/2004, con ruolo di affiancamento e consulenza al Direttore di Distretto e al Direttore di Dipartimento/U.O. Cure Primarie su temi volti al miglioramento della consapevole gestione, dei fattori produttivi e di qualità di competenza dei medici di medicina generale.

Pertanto a seguito dell'intervento legislativo della regione, il medico di medicina generale viene ad essere inserito:

- nel Collegio di Direzione Aziendale;
- nel Comitato di Dipartimento Aziendale di Cure Primarie;
- e, a livello di Distretto, nell'Ufficio di Direzione Distrettuale (funzione di governo) e nell'U.O. Cure Primarie (funzione di produzione)

In attesa del nuovo atto aziendale, le funzioni dell'UCAD vengono ad essere ricomprese nell'Ufficio di Direzione di Distretto in cui sarà presente, per la medicina generale, il referente di distretto .

A livello distrettuale quindi non saranno più presenti i 3 MMG dell'UCAD ma 2 MMG , di cui uno referente di distretto e l'altro per le cure primarie.

Per tali figure, dal 1.1.2008, viene riconosciuto un compenso forfetario mensile di 900 euro , cadauno, con l'impegno a garantire i compiti previsti dall'Allegato 2 alla DGR 1398/2006.

**- PROGETTO URGENZE**

I MMG partecipano al modello organizzativo previsto nel progetto aziendale *“Piano di contenimento dei tempi di attesa (DGR 1532/2006)”* (Allegato 1) e, significativamente, ai percorsi individuati per la prenotazione delle prestazioni urgenti differibili (da erogarsi entro 7 gg, livello di priorità *“B”* sulla richiesta) e delle prestazioni urgenti (da erogarsi entro 24H, livello di priorità *“U”* sulla richiesta), in una prima fase sperimentale e con decorrenza dalla firma del presente accordo, alle colonoscopie urgenti.

**- ANIMATORI DI FORMAZIONE**

Per le esigenze formative, si prevede l'individuazione di due animatori per Distretto e dieci eventi nell'anno ai quali viene riconosciuto un impegno orario per animatore ad evento pari a 7,30 ore con decorrenza dall'01.01.2007.

Quindi: 7,30 ore x 2 animatori x 10 eventi /anno x 7 distretti = 63.000 euro -.

Viene riconosciuto un impegno orario forfetario aggiuntivo agli animatori che partecipano alla programmazione della formazione, pari a 10 ore ( 600 euro) con decorrenza dall'01.01.2008.

su delega del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena

Dott. Giuseppe Caroli

**IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE AZIENDALE**

*Dott. Angelo Vezzosi*

**IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE MEDICA FIMMG**

*Dott. Ghassan Daya*

**IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE MEDICA SMI – FEDERAZIONE**

**MEDICI**

*Dott. Giulio Bertolini*

Modena

---

[1]

L'art. 59, lett. B, comma 11 dell' ACN in vigore dal 23.03.2005 impone a ciascun medico di assistenza primaria l'impegno alla informatizzazione:

*“.... tutti i medici di assistenza primaria sono obbligati a garantire ..... omissis ..... nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza”.*