

Accordo tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali rappresentative della Medicina Generale sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010

Premessa

La regione Toscana intende condividere con la Medicina Generale (MG) gli obiettivi strategici fissati dal Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2008- 2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, attraverso un accordo che definisca il ruolo della Medicina Generale nel sistema socio-sanitario regionale e le interazioni tra questa e le altre componenti del sistema.

In particolare, il PSR 2008-2010, alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione che evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, individua come strategia di risposta lo sviluppo di una sanità d'iniziativa, ovvero di un modello assistenziale che sia in grado di intervenire quando possibile prima dell'insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Il PSR, inoltre, individua tra gli obiettivi strategici del triennio la semplificazione per il cittadino dell'esercizio del diritto alla salute in ogni momento del percorso socio-sanitario, indicando quale strumento l'introduzione di una "carta sanitaria", ovvero di un sistema che, attraverso la progressiva integrazione delle informazioni prodotte dai vari attori del Servizio Sanitario Regionale (SSR), consenta l'acquisizione di tali informazioni in forma elettronica e l'accesso alle stesse da parte del cittadino in maniera semplice e sicura attribuendogli centralità in ogni momento del percorso socio-sanitario. A tal fine, le competenti strutture della Giunta regionale hanno definito, in collaborazione con aziende sanitarie e medicina convenzionata, il progetto per la realizzazione della Carta Sanitaria Elettronica del cittadino.

1. Il modello assistenziale

1.1 Medicina generale e sanità d'iniziativa

La Medicina Generale costituisce il punto di primo contatto tra sistema sanitario e cittadini, garantendo loro la possibilità di accesso ai servizi sia come singoli, in virtù del rapporto di fiducia con il medico di famiglia, sia come parte del contesto familiare e sociale di appartenenza.

Il rapporto di fiducia tra assistito e medico di medicina generale (MMG) costituisce la base per la costruzione di una relazione duratura, basata su di una comunicazione continua ed efficace, grazie alla quale ogni soggetto è in grado di condividere consapevolmente le scelte sulla propria salute e di essere parte attiva e responsabile nel processo di assistenza e cura che lo riguarda. Il medico di famiglia, infatti, affianca nel tempo i propri assistiti, affrontandone i problemi di salute in modo omnicomprensivo (dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale) e fornendo loro gli strumenti di volta in volta utili nei percorsi di vita. In questo modo, il medico di famiglia assume un ruolo di responsabilità per la salute della comunità di riferimento, ruolo che costituisce un elemento portante del modello della sanità d'iniziativa.

Insieme alla MG, l'attuazione di tale modello assistenziale, che mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, riguarda anche tutte le altre parti che operano ai vari livelli del sistema sanitario e si attua attraverso una ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi che già li connotano.

1.2 Modalità di attuazione a livello territoriale

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è costituito da una versione evoluta del Chronic Care Model (CCM) – definita *expanded chronic care model* – nella quale il singolo cittadino è calato nella più ampia dimensione della comunità e dove gli aspetti clinici, presi in carico dal medico di famiglia, sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute. Tale modello prevede, a livello di cure primarie, un team multiprofessionale proattivo, nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo clinico decisionale, è affiancato da infermieri ed altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità.

Il team ha il compito di attuare, sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscano il coordinamento degli interventi (sia all'interno del team, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale. Coordinamento e continuità sono realizzati mediante l'applicazione di protocolli operativi per le diverse patologie croniche (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali), condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo definite a livello regionale da apposite commissioni istituite dal Consiglio Sanitario Regionale, che possano valere come supporto decisionale e strumento per l'integrazione.

Nella logica di un sistema di cure primarie che guarda al paziente non solo come individuo, ma anche come parte di una collettività in un'ottica di sanità pubblica, l'approccio diagnostico e terapeutico del medico di famiglia è, inoltre, integrato con quello del medico di comunità, orientato alla valutazione dello stato di salute della popolazione di riferimento.

Il coordinamento tra le diverse figure professionali coinvolte ai vari livelli del sistema - medici di famiglia, medici di continuità assistenziale, infermieri, medici di comunità ed altri professionisti - presuppone la chiara definizione di ruoli, competenze e responsabilità di ciascuna figura professionale nell'ambito dei percorsi di salute.

In tema di ruoli professionali e percorsi territorio-ospedale-territorio in relazione alla sanità d'iniziativa si è espresso il Consiglio Sanitario Regionale (CSR) con il parere n. 37/2008, a seguito della conferenza di consenso svoltasi su tale argomento il 18 luglio 2008.

Condizione per la corretta attuazione del modello e per l'adozione di interventi appropriati e coordinati a tutti i livelli del sistema è l'integrazione dei dati sanitari contenuti nei sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale con quelli degli archivi dei medici di famiglia: pertanto, la MG si impegna a rendere disponibili le informazioni concordate per gli indicatori dei percorsi e per il patient summary. Ad esse si aggiungerà il debito informativo definito nell'ambito dell'ACN, alle condizioni definite dal preaccordo dell'ACN 2006-2007.

1.3 I ruoli professionali

Il parere espresso dal CSR riconosce al MMG il ruolo di responsabile clinico del team e del paziente: il MMG esercita, infatti, una funzione di supervisione sulle attività del team assistenziale, quale figura che mantiene un ruolo centrale determinato dal rapporto di libera scelta che lo lega al cittadino utente.

Nella prospettiva di sanità pubblica che connota il modello assistenziale indicato dal PSR, il team assistenziale deve presidiare, oltre agli aspetti clinici del percorso del paziente, anche la dimensione del sistema, assicurandone l'efficienza operativa e l'efficacia rispetto agli obiettivi della programmazione regionale. Il MMG assume dunque un ruolo determinante anche rispetto alla funzione di governo clinico del sistema, quale funzione di garanzia di appropriatezza, qualità delle cure e di orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori.

Lo svolgimento delle attività necessarie per la gestione delle diverse patologie croniche, per il livello di specificità e l'impegno richiesto, presuppone inoltre la valorizzazione nell'ambito del team multiprofessionale del ruolo dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario (OSS), che vengono assegnati in maniera funzionale dalle aziende sanitarie ai MMG presenti nel team stesso, pur continuando ad appartenere all'unità professionale di provenienza.

L'infermiere va ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata con il MMG, sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale e coerenti con le indicazioni delineate a livello regionale dalle commissioni sopra citate.

Anche l'operatore socio sanitario costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di assistenza alla persona al domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

1.4 Gli strumenti

Il lavoro di team fra MMG, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari ed altri professionisti nella gestione del paziente lungo l'intero percorso di assistenza e cura, implica l'uso delle proprie cartelle cliniche informatizzate dalle quali poter trarre le informazioni necessarie per:

- il monitoraggio delle patologie croniche ed il patient summary, ovvero un set predefinito di informazioni relative agli assistiti in carico, così come definito dal progetto Carta Sanitaria Elettronica;
- la pianificazione personalizzata degli interventi;
- l'educazione ed il supporto dei pazienti al self-management;
- lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team.

L'audit, in particolare, rappresenta un momento di confronto tra componenti del team, nel quale riportare eventuali dissensi interni o disallineamenti, sia a livello comportamentale che relazionale, e nel quale giungere, alla ricomposizione di conflitti di ruolo ed a chiarimenti su dinamiche di contrasto, al fine di trasformare possibili criticità in opportunità di crescita professionale ed espressioni di dinamismo del sistema.

2. L'attuazione della sanità d'iniziativa

2.1 I moduli

Lo scenario dell'assistenza di base in Toscana presenta diversi caratteri distintivi: oltre il 30% dei medici di famiglia già organizzati in medicine di gruppo, sperimentazioni di unità di cure primarie (UCP) e di ulteriori strumenti di gestione delle patologie croniche, presenza di cooperative mediche. Nell'ambito di questo scenario variegato, è opportuno individuare la dimensione operativa di riferimento (indicata d'ora in poi come "modulo") in cui avviare e testare la sanità d'iniziativa sulla base di criteri e requisiti indispensabili, generali e specifici.

La scelta dei moduli dovrà essere effettuata dalle singole aziende unità sanitarie locali (USL) di concerto con la MG afferente al territorio, in modo tale che i moduli selezionati siano rappresentativi di tutte le aziende USL e congrui rispetto al territorio regionale. La popolazione totale di riferimento, nella prima fase di attuazione del progetto, sarà di circa 500.000 assistiti.

La scelta dei moduli deve essere effettuata sulla base dei seguenti requisiti:

- a) una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;

- b) una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team¹;
- c) la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- d) una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
- e) la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- f) il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

I requisiti di cui alle lettere c) e d) sono pregiudiziali all'avvio dell'attività da parte dei moduli.

Nella fase di avvio (v. punto 2.2), il modello sarà testato su circa 50 moduli. I moduli interesseranno tutte le zone distretto con alcune specificità legate alla densità di popolazione o a esigenze locali; in ogni caso dovranno essere garantiti i requisiti di cui sopra.

Ai moduli saranno assegnati funzionalmente infermieri a tempo pieno già operanti nelle strutture distrettuali delle aziende sanitarie locali e OSS con formazione complementare in area sanitaria in maniera proporzionata alla popolazione di riferimento dei singoli moduli.

L'organizzazione del modulo è attribuita ad un MMG coordinatore, al quale - oltre alla retribuzione complessiva delle scelte in carico - sarà corrisposto un apposito compenso accessorio. Il MMG coordinatore viene individuato dall'azienda sanitaria di riferimento, previo parere del Comitato aziendale, su proposta dei medici del modulo tra gli aventi caratteristiche predeterminate a livello regionale, in accordo con la Medicina Generale; le modalità di nomina saranno definite con apposito atto della Giunta regionale, in accordo con le OO.SS. Il ruolo di coordinatore ed il relativo compenso non sono cumulabili con quelli previsti per le equipe territoriali.

Il modulo costituirà un'interfaccia unitaria di relazione, di negoziazione degli obiettivi e di pagamento dei risultati raggiunti; la responsabilità della verifica e del controllo è compito dell'azienda sanitaria di riferimento.

2.2 Le fasi di attuazione

L'attuazione del modello della sanità d'iniziativa da parte dei moduli sarà articolata in due fasi:

- **Fase di avvio** (dall'approvazione del progetto a tutto il 2010), articolata in tre sotto-fasi:
 1. "start-up", non ripetibile, della durata di 90 giorni dall'approvazione del progetto;
 2. "pilota", a partire dalla chiusura della fase di start-up, nella quale è prevista l'attivazione di circa 50 moduli, per un totale di circa 500.000 cittadini toscani; in tale fase, è prevista l'implementazione dei percorsi assistenziali per diabete e scompenso cardiaco;
 3. "estensione", da effettuare entro la fine del 2010 ed a seguito della fase pilota, nella quale è prevista l'attivazione di ulteriori moduli; in tale fase è possibile prevedere l'implementazione dei percorsi assistenziali per ictus, ipertensione e BPCO;
- **Fase a regime** (prima metà 2011): dopo la valutazione dei risultati della fase di avvio, nella fase a regime saranno coinvolti tutti i cittadini della Toscana e sarà avviata l'implementazione dei percorsi assistenziali per le ulteriori patologie previste dal PSR. In tale fase saranno possibili modifiche in linea con la nuova contrattazione nazionale, con particolare riguardo alla istituzione delle Unità complesse delle cure primarie (ex art. 3 del

¹ L'attività non domiciliare dovrà essere effettuata negli studi dei medici di medicina generale, tenendo conto delle esigenze organizzative e di criteri di efficienza complessiva.

pre-accordo del 22 dicembre 2008) ed alla possibile integrazione del servizio di continuità assistenziale.

3. Il sistema di remunerazione per la Medicina Generale

3.1 Fase a regime

Le risorse rese disponibili dalla regione Toscana per la remunerazione della MG nella fase a regime del progetto “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa” saranno utilizzate per :

- compensi per i coordinatori dei moduli;
- compensi per le attività dei MMG;
- collegamento ADSL.

3.1.1 Compensi per il coordinatore

Al MMG coordinatore del modulo – individuato con le modalità descritte al punto 2 - viene riconosciuto un compenso annuale pari a:

- €1.500, se il numero degli assistiti del modulo è inferiore o uguale 15.000;
- €2.250, se il numero degli assistiti del modulo è superiore a 15.000.

3.1.2 Compensi per le attività dei MMG

Ad ogni MMG viene riconosciuto un compenso massimo a regime pari a €4,5 ad assistito per anno, in relazione a:

- partecipazione al progetto “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa” a regime (estensione a tutti i cittadini della Toscana ed a tutte le patologie croniche previste dal PSR)
- realizzazione delle attività previste dal presente accordo (v. punto 5)

Il compenso per la partecipazione al progetto è suddiviso in:

- a) *compenso per l’adesione complessiva al progetto* - L’adesione complessiva al progetto comporta l’effettuazione delle attività riportate al punto 5 del presente accordo (Livello unico di contrattazione) ed il raggiungimento degli obiettivi indicati; per l’adesione complessiva al progetto è riconosciuto il 20% del compenso massimo totale previsto per il progetto a regime;
- b) *compenso per la presa in carico delle singole patologie e per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali per le singole patologie, in rapporto al peso percentuale delle stesse* - Per ogni singola patologia, in rapporto al rispettivo valore percentuale, sono riconosciuti i seguenti compensi:
 - 20% del compenso massimo totale per la presa in carico della singola patologia (con consegna del relativo archivio informatizzato)
 - 30 % del compenso massimo totale per il raggiungimento dell’obiettivo intermedio
 - 30% del compenso massimo totale per il raggiungimento dell’obiettivo finale.

In rapporto all’impegno richiesto ed alla prevalenza delle cinque patologie previste dal PSR 2008-2010, a ciascuna di esse è attribuito un valore percentuale come sotto riportato:

- diabete mellito: 30%
- scompenso cardiaco: 15%
- ipertensione: 30%
- BPCO: 15%
- Ictus: 10%.

La valutazione e il conseguente raggiungimento degli obiettivi è effettuata sui dati complessivi del modulo. Al singolo medico, ove raggiunto l'obiettivo, è attribuita una quota individuale del risultato raggiunto dal modulo in rapporto agli assistiti in carico.

3.1.3 Collegamento ADSL

Un rimborso forfetario pari a 200 euro/anno sarà erogato al singolo medico per la linea di collegamento ADSL, ove non fornito dalla azienda USL di riferimento.

3.2 Fase di avvio

3.2.1 Start-up

La prima parte della fase di avvio del progetto (start-up) prevede un impegno particolare dei MMG partecipanti legato alla collaborazione continuata nel tempo per tutte le attività previste dal progetto "Carta Sanitaria Elettronica" ed all'effettuazione delle attività riportate al punto 5 del presente accordo (Livello unico di contrattazione).

In particolare, con riferimento al progetto Carta Sanitaria Elettronica, i MMG partecipanti si impegnano a:

- collaborare allo sviluppo nel tempo del progetto Carta Sanitaria Elettronica;
- implementare il patient summary nei tempi previsti dagli indicatori, a partire dalle proprie cartelle sanitarie;
- utilizzare le informazioni presenti nel fascicolo sanitario del cittadino;
- partecipare agli eventi formativi sul tema;
- aderire e promuovere le campagne informative.

Per la fase di start-up, della durata di 90 giorni, è riconosciuto ai MMG partecipanti un compenso forfetario di € 1.500 a medico. Tale fase si conclude con la presa in carico dei pazienti diabetici e scompensati e con la consegna degli archivi informatizzati dei dati clinici per scompenso e diabete. La consegna degli archivi secondo gli standard definiti è condizione necessaria per l'accesso alla fase pilota.

Questa fase va intesa come unica e non riproponibile.

3.2.2 Fase pilota e di estensione

Nella restante parte della fase di avvio (fase pilota e di estensione), dalla fine della fase di start-up fino a tutto il 2010, è prevista l'erogazione ai MMG partecipanti di quote parti delle risorse disponibili con le stesse modalità previste per la fase a regime.

Il compenso per la partecipazione alla fase pilota è suddiviso in:

- a) *compenso per l'adesione complessiva al progetto al raggiungimento degli obiettivi fissati* - L'adesione complessiva al progetto comporta l'effettuazione delle attività riportate al punto 5 del presente accordo (Livello unico di contrattazione) ed il raggiungimento degli obiettivi indicati; per l'adesione complessiva al progetto è riconosciuto il 20% del compenso massimo totale previsto per il progetto a regime;
- b) *compenso per raggiungimento obiettivo intermedio e obiettivo finale per diabete e scompenso*, ad un anno dalla conclusione della fase di start-up e dopo verifica dei risultati - Per ogni singola patologia, in rapporto al rispettivo valore percentuale, sono riconosciuti i seguenti compensi:
 - 20% del compenso massimo totale per la presa in carico della singola patologia (con consegna del relativo archivio informatizzato)
 - 30 % del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo intermedio

- 30% del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo finale.

In rapporto all'impegno richiesto ed alla prevalenza delle cinque patologie previste dal PSR 2008-2010, a ciascuna di esse è attribuito un valore percentuale come sotto riportato:

- diabete mellito: 30%
- scompenso cardiaco: 15%
- ipertensione: 30%
- BPCO: 15%
- Ictus: 10%.

4. Gli indicatori

Sulla base dei percorsi assistenziali definiti dal Consiglio Sanitario Regionale, la struttura regionale competente individuerà, di concerto con la MG firmataria del presente accordo, un set di indicatori coerenti con gli obiettivi e confrontabili a livello aziendale e regionale che, attraverso un percorso condiviso con la MG, costituiranno la base di un progressivo miglioramento del sistema premiante dei professionisti.

Come indicato nel PSR 2008-2010, risulta determinante per la trasparenza e l'omogeneità delle attività territoriali definire a priori gli elementi essenziali a cui devono ispirarsi gli indicatori. Pertanto, per ogni indicatore dovranno essere definiti, in maniera condivisa tra parte pubblica e MG, i seguenti aspetti:

- descrizione dell'indicatore
- fonte di rilevamento
- dati di partenza (start up)
- descrizione puntuale dell'obiettivo da perseguire numerico/rilevabile
- modalità e tempi del rilevamento e della trasmissione dei dati
- modalità e tempi della elaborazione e del ritorno ai soggetti concordati.

L'analisi e la valutazione dei dati saranno effettuate da un gruppo tecnico-scientifico che verrà costituito al fine di presidiare il processo di attuazione della sanità d'iniziativa, svolgendo un'attività di monitoraggio e indirizzo. In tale organismo saranno rappresentati l'Amministrazione regionale, il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, l'Agenzia Regionale di Sanità e le professioni coinvolte nell'attuazione del modello; per i medici di medicina generale i componenti saranno indicati dalle organizzazioni firmatarie del presente accordo aventi comprovate conoscenze scientifiche per le funzioni da svolgere.

4.1 Proposta di indicatori per la medicina generale

Gli indicatori per la MG devono essere coerenti con il processo di monitoraggio e valutazione della performance delle aziende sanitarie, già realizzato dalla regione Toscana attraverso il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Nella fase di attuazione del modello, le parti concordano che gli indicatori possano essere numericamente limitati; in una fase più evoluta, la valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi regionali potrà essere effettuata sulla base di un set di indicatori più ampio.

Le parti concordano che gli indicatori per la valutazione della MG dovranno essere:

- di sostenibilità economica/appropriatezza
- di clima esterno
- di processo
- di esito.

Oltre agli indicatori economici e di clima, gli indicatori di processo dovranno riguardare sia la parte della prevenzione che quella della diagnosi e cura riferiti al modello assistenziale adottato dal PSR 2008-2010.

Gli indicatori consentiranno il benchmarking tra i moduli ed i professionisti della stessa azienda sanitaria e tra questa e le altre aziende a livello regionale.

Gli indicatori sanitari per le varie patologie saranno definiti in coerenza con quelli indicati dal CSR nell'ambito delle linee di indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali.

4.2 Il sistema di remunerazione

Le parti concordano che il pagamento dei moduli sia effettuato, sulla base della valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli indicatori condivisi, attribuendo al singolo medico quota individuale del risultato complessivo raggiunto dal modulo. A tal fine, sarà individuata una soglia di accesso all'incentivo da parte del modulo (definita come percentuale minima di raggiungimento degli obiettivi assegnati) al di sotto della quale la remunerazione di risultato non è dovuta. L'incentivo è corrisposto dalle aziende ai singoli medici del modulo sulla base del numero assistiti.

4.3 Note sulla valutazione degli obiettivi e sugli indicatori

Con riferimento al processo di valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi regionali, sulla base degli indicatori che saranno a tal fine condivisi, le parti concordano inoltre quanto segue:

- a) nella fase pilota, qualora l'ARS o l'azienda USL di riferimento non fornisca i dati per gli indicatori (deficit per incompletezza dei flussi), gli obiettivi si intendono raggiunti; alcuni indicatori saranno generati dai dati presenti negli archivi dei medici coinvolti;
- b) il coordinatore del modulo e l'azienda USL valuteranno eventuali incongruenze tra dati ARS, dati aziendali e dati presenti nell'archivio dei MMG;
- c) le ASL dovranno avviare un processo che permetta, con oneri a loro carico, lo sviluppo dell'interfaccia tra programmi dei MMG e sistemi informativi aziendali per l'estrazione automatica dei dati;
- d) tutti i dati di attività dovranno confluire su un apposito database predisposto dalla Regione;
- e) alla fine del primo anno di attuazione, successivo alla fase di start-up (15° mese), su valutazione dell'azienda USL, condivisa a livello di comitato aziendale, saranno messe a disposizione le risorse concordate;
- f) a partire dal 2° anno ed a parità di risorse, i criteri di distribuzione delle stesse saranno rivalutati con la progressiva riduzione della quota per l'adesione ai progetti fino alla completa allocazione sulla remunerazione di risultato in accordo tra le parti firmatarie;
- g) i moduli che non raggiungono gli obiettivi concordati e che quindi non accedono agli incentivi, verranno sottoposti ad audit concordato tra MMG e azienda di riferimento;
- h) i moduli attivati nella seconda fase del progetto saranno vincolati agli obiettivi definiti dal PSR 2008-2010, agli obiettivi del Progetto "Carta Sanitaria Elettronica" e all'effettuazione delle attività riportate al punto 5 del presente accordo (Livello unico di contrattazione). Questi moduli avranno a disposizione le risorse e le modalità di accesso definite per il progetto a regime.
- i) la quota di accesso è vincolata alle attività ed al raggiungimento degli obiettivi indicati al punto 5.

5. Livello unico di contrattazione

Fanno parte della presente contrattazione unica di livello regionale le seguenti attività con risorse di cui al punto 3:

- a) la collaborazione alla definizione, alla pubblicazione entro il 2009 sul sito della rispettiva azienda sanitaria ed alla revisione nel tempo dei protocolli operativi per tutte le patologie croniche individuate dal PSR a partire dalle linee di indirizzo definite dal Consiglio Sanitario Regionale;
- b) la collaborazione alle valutazioni della UVM senza comprendere la partecipazione diretta agli incontri;
- c) la partecipazione agli audit interni concordati tra le aziende e i medici afferenti ai moduli per la valutazione dell'andamento dell'attività clinico-assistenziale, compresa la gestione del rischio e del livello organizzativo;
- d) la messa a disposizione delle informazioni concordate per gli indicatori dei percorsi assistenziali e per il patient summary; ad esse si aggiungerà il debito informativo definito nell'ambito dell'ACN secondo le condizioni definite dal preaccordo dell'ACN 2006-2007;
- e) l'aggiornamento degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia;
- f) la puntuale compilazione del patient summary, come definito nell'ambito del progetto regionale Carta Sanitaria Elettronica, limitata, nella fase di avvio del progetto come descritta nel presente accordo, ai pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco e progressivamente anche dalle altre patologie croniche previste dal PSR;
- g) il raggiungimento dei livelli di vaccinazioni antinfluenzali a partire dalla garanzia della disponibilità dei vaccini e delle relative procedure concordate a livello regionale;
- h) l'adesione ai piani di prevenzione primaria concordati;
- i) l'adesione ai piani aziendali di Attività Fisica Adattata per quanto di competenza della medicina generale;
- j) la disponibilità a visionare il fascicolo sanitario elettronico del cittadino, utilizzandone, su sua richiesta, la Carta Sanitaria Elettronica personale;
- k) l'impegno affinché il cittadino sia guidato ed accompagnato nei percorsi assistenziali anche attraverso la prenotazione delle prestazioni a lui necessarie, generate dal medico di medicina generale, tramite il sistema CUP. Tale azione si avvierà dal momento che le Aziende sanitarie avranno implementato d'accordo con la medicina generale e fornito ai medici gli strumenti informatici senza oneri economici a loro carico. L'attività di prenotazione non costituisce compito diretto del medico ed è svolta attraverso l'organizzazione a disposizione della medicina generale.

Sono escluse le prestazioni di cui alla lettera c), art. 59, ACN (tra cui assistenza programmata, ADP, ADI e prestazioni aggiuntive).

Gli impegni di cui alle lettere j) e k) sono soggetti a verifica dopo 1 anno dalla sottoscrizione del presente accordo.

6. Disposizioni finali

In linea di continuità con gli obiettivi e le azioni di miglioramento organizzativo sanciti dal protocollo d'intesa tra Regione Toscana, aziende sanitarie e le OO.SS. dei medici convenzionati approvato con DGRT 1038/2005, sarà insediata una commissione mista, nella quale saranno rappresentati anche i cittadini-utenti, con il compito di individuare gli strumenti necessari per diminuire il carico burocratico che grava nell'erogazione delle prestazioni a livello territoriale e al fine di favorire una migliore presa in carico del cittadino. Sarà nel mandato della commissione il monitoraggio sull'attuazione delle misure di semplificazione individuate.

In ottemperanza al presente accordo sarà avviato un confronto con le aziende sanitarie e le Società della Salute al fine di verificare la disponibilità di strutture che, incentivando l'aggregazione fisica dei professionisti, permetta agli stessi economie di scala e faciliti il perseguimento degli obiettivi indicati dal PSR 2008-2010.

Per favorire l'aggregazione dei professionisti la Regione si impegna a verificare la possibilità di favorire l'accesso alla erogazione di mutui a tasso agevolato per gli investimenti strutturali degli stessi.

Le parti concordano di dare piena applicazione all'Accordo integrativo regionale ACN del 23.3.2005 ed in particolare sui superamenti dei tetti delle forme associative, secondo quanto disciplinato al punto 7 dell'accordo regionale 13.3.2006 recepito con delibera della giunta regionale n. 216 del 27.3.2006.

In accordo con le OOSS, sarà predisposta dal Settore competente una nota applicativa del presente Accordo indirizzata alle Direzioni generali delle aziende USL.