

ACCORDO AZIENDALE per l'anno 2011

tra l'AZIENDA SANITARIA LOCALE della provincia di BERGAMO
e le ORGANIZZAZIONI SINDACALI MEDICHE per la Medicina Generale

in applicazione D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2014

Vista la D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2014, che approva la pre-intesa per l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Assistenza Primaria (MAP) siglata tra la Delegazione trattante di parte Pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. Regionali dei MAP (ad esclusione di SNAMI) in data 5 ottobre 2011, parte integrante e sostanziale della D.G.R.;

Stante la necessità di dare concreta ed estesa implementazione all'AIR;

Vista la D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010 "Regole 2011" che all'all. 8 prevede – ai fini di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale – di promuovere la prescrizione e l'uso di farmaci equivalenti, in particolare appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi) e fissa per l'ASL di Bergamo l'obiettivo del 35% di spesa percentuale lorda dei farmaci equivalenti sulla spesa convenzionata lorda totale, successivamente aggiornato con D.G.R. n. IX/2057 del 28 luglio 2011 al 37%;

Considerato che, in base a tali richiamate regole regionali, è obiettivo aziendale il mantenimento del trend di appropriatezza nell'utilizzo di tali farmaci e l'incremento della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto;

Preso atto che il Codice Deontologico, approvato nel dicembre 2006, all'articolo 13, "*Prescrizione e trattamento terapeutico*", precisa che: "*.....(omissis) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.....(omissis)*";

Affermato che si condivide nel merito la considerazione secondo cui, in presenza di studi che dimostrino parità di efficacia di farmaci a brevetto scaduto rispetto a farmaci coperti da brevetto, la prescrizione del farmaco a minor prezzo costituisce espressione di comportamento etico;

Per quanto sopra, l'obiettivo di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto è per il 2011 obiettivo che l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo pone sia ai Medici di Assistenza Primaria sia ai Medici delle Strutture Accreditate Pubbliche e Private in quanto coerente con l'utilizzo appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e con il mantenimento dell'equilibrio del Sistema Sanità;



1

Richiamati gli Accordi ed i Progetti di Governo Clinico ed innovativi assegnati da Regione Lombardia al Dipartimento Cure Primarie di questa ASL da realizzare con il concorso dei Medici di Assistenza Primaria;

Richiamato altresì l'Accordo siglato il 16 agosto 2004, con particolare riguardo alla formazione continua nelle Cure Primarie ed all'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici;

Considerato opportuno dare continuità ai progetti di governo clinico intrapresi negli anni precedenti al fine di non generare soluzioni di continuità nell'assistenza ai pazienti assistiti dai Medici di Assistenza Primaria;

Considerato, altresì, che l'AIR prevede al punto 1 – Sistema CRS SISS – che, ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009, i medici convenzionati si impegnano a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR;

Vista la pre-intesa siglata tra questa ASL e le OO.SS. dei Medici di Assistenza Primaria in data 3 marzo 2011 e valutata la sua coerenza con quanto previsto sia dalla pre-intesa approvata dalla D.G.R. n. IX/2382/2011 sia con gli obiettivi per il 2011 definiti nella D.G.R. "Regole di Sistema 2011";

Stante la necessità di formalizzare l'Accordo Aziendale in coerenza con quanto previsto dall'AIR 2011-2012;

Preso atto che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia;

si confermano e concordano

gli obiettivi che i Medici di Assistenza Primaria si impegnano a perseguire nel 2011 in un quadro di Sistema dell'Assistenza Sanitaria da garantire ai Cittadini della provincia di Bergamo:

- garantire un'assistenza sanitaria integrata con gli altri Professionisti della Sanità della provincia di Bergamo ed in concorso con il Settore Socio- Sanitario;
- prevenire e gestire le principali patologie croniche a rilevante impatto per la salute della popolazione, che incidono in modo significativo come prevalenza in provincia di Bergamo ed in Regione Lombardia, con particolare attenzione alle patologie Neoplastiche, CardioCerebroVascolari, Dismetaboliche ed Epatiche;
- dare continuità ai progetti innovativi regionali realizzati negli anni precedenti in concorso con i Medici di Cure Primarie;
- impegnare i Medici di Assistenza Primaria – a parità di indicazioni cliniche e di efficacia - ad incrementare la prescrizione dei farmaci "equivalenti" in luogo di quelli coperti da brevetto, in particolare appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi).



Con il presente atto,

SI CONVIENE

di procedere alla stipula dell'Accordo Aziendale per l'anno 2011, in applicazione di quanto previsto da:

- la pre-intesa all'Accordo Regionale 2011-2012, parte integrante della D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2011;
- le indicazioni derivanti dalla D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010;

relativamente a:

- A) Azioni di Miglioramento del Sistema – “Presenza in carico del Paziente e Governo Clinico”, i cui contenuti saranno sviluppati secondo quanto previsto dall'Allegato 1, parte integrante del presente Accordo;
- B) Impegno da parte dei Medici di Assistenza Primaria a prescrivere farmaci “equivalenti”, laddove esistenti ed a parità di indicazione clinica e di efficacia, ponendosi l'obiettivo dell'incremento complessivo della prescrizione di tali farmaci, in particolare di quelli appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi) in alternativa a quelli coperti da brevetto. Si dà atto che – come previsto dalla pre-intesa aziendale siglata in data 03/03/2011 – considerato che al 30 giugno 2011 tale incremento non risultava allineato alle indicazioni regionali, le OO.SS. dei Medici si sono impegnate a valutare congiuntamente con l'ASL i motivi di tale mancato raggiungimento e ad individuare ulteriori azioni da promuovere con il concorso dei Medici di Assistenza Primaria.

Si precisa che tale obiettivo è stato posto – attraverso lo strumento dei “contratti” - anche alle Strutture Pubbliche e Private Accreditate affinché vi fosse una univoca tendenza all'utilizzo appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale ed al mantenimento dell'equilibrio del Sistema Sanità. La prescrizione dei medici delle suddette Strutture è stata orientata dall'indicazione da parte dell'ASL di mix ottimale di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto; il comportamento prescrittivo appropriato è stato sostenuto da azioni di formazione mirata; le loro prescrizioni oggetto di monitoraggio da parte dell'ASL al pari di quelle dei Medici di Cure Primarie.

Considerato che i Medici Convenzionati:

- hanno l'obbligo di aderire al Progetto CRS-SISS, sancito dall'art.1 della Legge Regionale n. 18 del 31 luglio 2007 che ha introdotto l'obbligatorietà all'adesione e all'utilizzo del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) da parte di tutti gli operatori della Sanità;
 - in base alla pre-intesa all'AIR 2011-2012 che prevede al punto 1 – Sistema CRS SISS – ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009 – si sono impegnati a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR;
- i dati relativi ai progetti qui contemplati saranno trasmessi tramite gli specifici applicativi via SISS.**

I compensi saranno così regolati:

□ per gli obiettivi previsti all'Allegato 1 del presente Accordo, il compenso previsto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN – pari a € 3,08/Assistito/anno - sarà erogato ai MAP aderenti all'Accordo nella misura del:

- 50% a titolo di acconto per l'adesione e la partecipazione alle attività definite dal progetto di governo clinico, entro i termini che saranno indicati da Regione Lombardia. Non saranno accettate adesioni successive alla scadenza fissata dalla pre-intesa siglata con l'ASL in data 3 marzo 2011.

- Per l'erogazione del 50% a titolo di acconto è indispensabile l'adesione e la partecipazione all'Accordo.

- La "partecipazione" al Progetto di Governo Clinico sarà documentata dall'invio della scheda indicatori relativa al "PDT diabete" per il periodo 1° Gennaio 2011 – 30 giugno 2011 (allegato D1) completa della voce "obbligatoria" ivi prevista (elenco pazienti). L'acconto del 50% eventualmente già erogato per l'adesione e partecipazione sarà recuperato in assenza della trasmissione della scheda indicatori

- Si conferma la validità della data di rendicontazione fissata al 18/07/2011 e la mancata accettazione di rendicontazioni successive alla data del 15.09.2011.

- 50% al raggiungimento dei risultati previsti dai seguenti obiettivi:

➤ Presenza in carico dei Pazienti secondo PDT: rispetto delle condizioni previste per il progetto di governo clinico "Gestione integrata del Paziente con Diabete". La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo individuale di cui all'Allegato 1 – ai fini dell'attribuzione delle incentivazioni - sarà documentata dalla trasmissione della "scheda indicatori", per le voci definite come "obbligatorie", prevista entro il 18/01/2012 (allegato D2). Non verranno accettate – per nessun motivo - rendicontazioni successive.

La mancata trasmissione della "scheda indicatori" - allegato D.2 al PDT "Gestione Integrata del Paziente con Diabete" - completa delle voci "obbligatorie" ivi previste comporterà la mancata corresponsione o (qualora già erogata) il recupero della quota del 50% a titolo di saldo.

➤ Appropriatezza prescrittiva farmaceutica: viene posto come obiettivo di Sistema l'incremento complessivo della prescrizione dei farmaci equivalenti, in particolare di quelli appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi).

Il risultato per il singolo MAP si intenderà raggiunto a fronte di:

a) un livello prescrittivo individuale di farmaci "equivalenti" nel 2011 pari al 60% in DDD del totale delle prescrizioni o al 35% del totale della spesa farmaceutica con l'impegno di non aumentare, rispetto all'anno precedente e a parità di assistibili pesati, la spesa farmaceutica totale depurata dalla spesa indotta dai farmaci con Piano Terapeutico e dagli ATC H (preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali) e ATC L (antineoplastici, immunomodulatori, antirigetto);

oppure, in alternativa,



- b) un livello prescrittivo individuale di farmaci "equivalenti" nel 2011 non inferiore a quello della media ASL del 2010 e la partecipazione ad entrambi gli incontri di revisione tra pari organizzati dal Distretto nel I° e II° semestre del 2011. Verrà concordato con il Comitato Aziendale un numero adeguato di sedute per consentire il recupero in caso di assenze motivate.

La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo avverrà sui dati ASL a fine 2011.

Al medico che non abbia raggiunto nessuno dei due obiettivi di cui ai punti a) e b) non verrà corrisposto il saldo del 50% o (qualora già erogato) sarà recuperata la quota del 50%.

La quota intera verrà comunque corrisposta al medico che, non avendo raggiunto il livello prescrittivo individuale di cui al punto b) ed avendo partecipato ai due incontri di revisione tra pari, presenti al Direttore del Dipartimento Cure Primarie una relazione che espliciti le motivazioni del proprio profilo prescrittivo, anche per quanto riguarda la piena aderenza alle norme deontologiche sull'appropriatezza prescrittiva, nel rispetto delle regole sul corretto utilizzo delle risorse del SSN. Tali relazioni saranno oggetto di valutazione da parte di una Commissione centrale di ASL costituita da: il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale, un Farmacista (il Responsabile del Servizio di Farmacoeconomia o suo supplente), un Direttore di Distretto, tre rappresentanti dei MAP nominati dal Comitato Aziendale.

Si dà atto che, affinché i medici fossero nelle condizioni di poter valutare il proprio profilo prescrittivo ed il suo andamento rispetto al raggiungimento dell'obiettivo, è stata garantita la disponibilità di report trimestrali sulla prescrizione individuale in farmaci equivalenti espressi sia in DDD sia in percentuale di spesa.

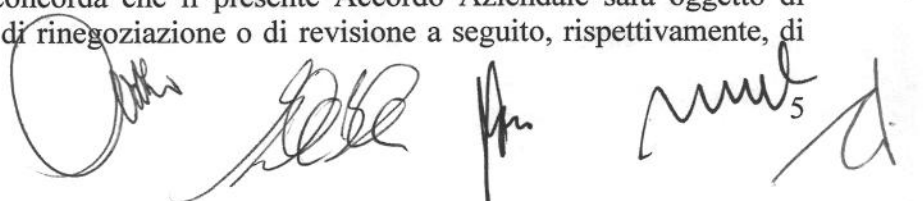
Inoltre, per sostenere i medici che al 30 giugno 2011 si trovavano in posizione di scostamento rispetto all'obiettivo, i Direttori di Distretto si sono impegnati a verifiche individuali con il singolo medico per una valutazione complessiva dell'andamento prescrittivo.

Anche per questo obiettivo si conferma che verrà, inoltre, recuperato l'acconto in caso di mancato invio della scheda indicatori "PDT diabete" relativa al periodo 1° Gennaio 2011 - 30 giugno 2011 (allegato D1)

Per i Medici che si inseriranno dopo la scadenza fissata sarà accettata l'adesione entro un mese dall'inserimento e sarà liquidata una quota proporzionale al periodo di Servizio.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale, le quote di cui alla pre-intesa all'AIR saranno corrisposte limitatamente ai mesi di effettiva attività e con riferimento al numero di scelta in carico nel mese precedente la cessazione.

- ◆ In applicazione alle indicazioni regionali di cui alla nota R.L. prot. n. H1.2009.0038736 del 4 novembre 2009 - "Indicazioni relative all'attuazione dell'AIR 2009-2010" - **la quota parte del fondo aziendale di Governo Clinico eventualmente non distribuita** per il mancato raggiungimento degli obiettivi e/o per la mancata adesione al Governo Clinico da parte di alcuni professionisti sarà utilizzata nell'ambito della Medicina Generale per progetti aggiuntivi che verranno ridiscussi e concordati in sede di Comitato Aziendale.
- ◆ Valutato che quanto sottoscritto è coerente sia con la pre-intesa all'Accordo Integrativo Regionale 2011 - 2012 sia con gli obiettivi per il 2011 definiti nella D.G.R. IX/937 del 2010 "Regole di Sistema 2011", si concorda che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di



mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia;

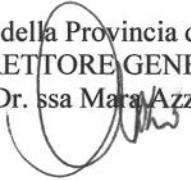
Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo, 01/12/2011

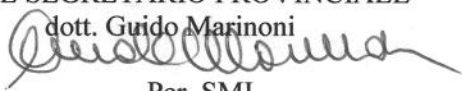
PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Giorgio Barbaglio



Per l'ASL della Provincia di Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
Dr. ssa Mara Azzi



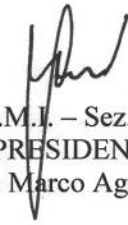
Per la F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
dott. Guido Marinoni



Per SMI
IL SEGRETERIO PROVINCIALE
Dott. Marcello Brambilla



Per lo S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo
IL PRESIDENTE
Dott. Marco Agazzi



Per Intesa Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
Dott. Giancarlo Testaquatra



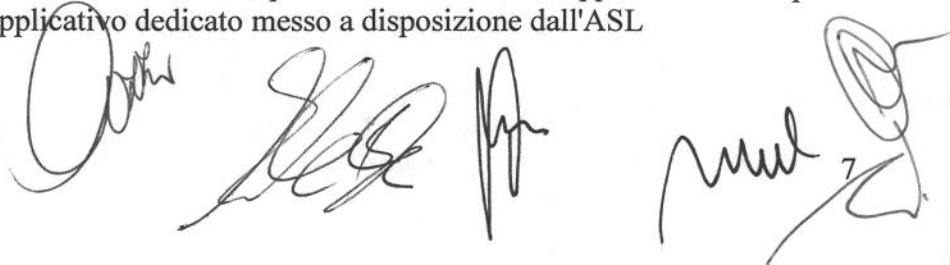
**PRESA in CARICO dei PAZIENTI
SECONDO PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDT)**

Progetto di Governo Clinico “La gestione integrata del paziente con diabete – un modello di assistenza per l’appropriatezza delle cure e dell’utilizzo delle risorse del SSR”

Il progetto viene confermato anche per l’anno 2011 e valorizza le azioni già poste in essere dai MAP della provincia di Bergamo nell’ambito dei progetti di governo clinico 2007-2008-2009-2010, che prevedevano la gestione integrata del paziente con diabete secondo il PDT concordato tra MAP e Specialisti diabetologi.

I MAP partecipano al presente progetto effettuando le seguenti attività, compatibilmente con il quadro clinico e la compliance degli assistiti:


1. adesione al PDT “Gestione integrata del Paziente con Diabete”, che si svilupperà secondo la procedura concordata con gli Specialisti di tutte le Strutture Accreditate Pubbliche e Private della provincia di Bergamo - già in uso dal 2007 - così come revisionato nel 2010;
2. presa in carico effettiva ed attiva, secondo quanto definito nel PDT, di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che hanno dato il consenso;
3. gestione del Paziente secondo quanto previsto nel PDT “Gestione integrata del Paziente con diabete”;
4. prosecuzione del processo di valorizzazione dell’Infermiere di Studio nella gestione del Paziente con diabete. A tale scopo gli Infermieri di studio dei MAP potranno anche per il 2011 partecipare agli audit clinici con i Medici presso cui prestano la loro attività, che saranno documentati dalla trasmissione all’ASL della “Scheda Indicatori” all. D.3 entro la stessa scadenza prevista per i MAP. Tale formazione comporterà l’attribuzione all’infermiere di 20 crediti formativi ECM/CPD;
5. prevenzione ed educazione del paziente con diabete mediante la consegna del materiale educativo su “autogestione della malattia”, “attività fisica” e “dieta”, previsto dal PDT.
6. attenzione alla prevenzione e diagnosi del diabete gestazionale, mediante lo screening del diabete in gravidanza da attuarsi secondo le raccomandazioni dell’Allegato 2 del PDT “La gestione integrata del paziente con diabete” attualmente in vigore – pag. 28-30.
7. adesione al Progetto Aziendale “Trasmissione informatizzata dei Piani Terapeutici per presidi per l’automonitoraggio domiciliare del diabete”, previa valutazione ed approvazione da parte del Comitato Aziendale dell’applicativo dedicato messo a disposizione dall’ASL



Valutazione degli obiettivi

Gli obiettivi previsti si riterranno raggiunti a fronte di:

- presa in carico effettiva ed attiva di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico non complicati segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che condivideranno con il MAP la proposta del Diabetologo: sarà valutata la corrispondenza tra il Codice Fiscale del Paziente segnalato dal Diabetologo e quello segnalato dal MAP, previo consenso del Paziente già acquisito o da acquisire per i non esenti, anche ai fini di verificare la compliance dei Pazienti a questa modalità di gestione della loro patologia;
- al fine di consentire ai MAP un adeguato e attivo monitoraggio dell’adesione dei propri pazienti al percorso di gestione integrata, il Dipartimento Cure Primarie invierà al MAP entro il mese di marzo un tabulato contenente:
 - l’elenco dei pazienti che il MAP considera in gestione integrata, ma non sono considerati tali dal Diabetologo dell’Unità Operativa Diabetologica (UOD) di riferimento;
 - l’elenco dei pazienti considerati in gestione integrata dal Diabetologo dell’UOD di riferimento ma non riconosciuti tali dal MAP;
 - l’elenco dei pazienti riconosciuti in gestione integrata da entrambi i professionisti.
- in base a tale elenco il MAP potrà verificare se tutti i propri pazienti passati dalle U.O.D. alla gestione integrata sono stati effettivamente da lui presi in carico. In caso di mancato consenso alla gestione integrata da parte del paziente che, posto in gestione integrata dal CAD, si rivolga al proprio medico curante il MAP proporrà al paziente la possibilità di rinvio al CAD.
- se nell’elenco sono presenti nominativi di pazienti segnalati dai MAP in gestione integrata, ma non riconosciuti tali dai Diabetologi, l’impegno richiesto ai MAP consiste nel continuare a seguire tali pazienti secondo le indicazioni del PDT ed il follow up clinico e strumentale ivi descritto;
- per i pazienti in gestione integrata l’ASL effettuerà tramite la Banca Dati Assistito (BDA) la valutazione della compliance del paziente agli step previsti dal PDT;
- trasmissione delle “schede indicatori” complete di tutte le voci con l’indicazione di “obbligatorio” ai tempi previsti. Schede non complete e/o consegnate in ritardo non saranno ritenute valide per il raggiungimento degli obiettivi;
- l’indicatore semestrale “Elenco dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato” deve essere trasmesso via SISS, completo dei campi contenenti i codici fiscali e sanitari degli assistiti in gestione integrata, nonché l’UOD di riferimento;
- trasmissione delle “schede indicatori” esclusivamente tramite SISS mediante l’applicativo predisposto dall’ASL e già in uso;



- Partecipazione ed attuazione del Progetto Aziendale “Trasmissione informatizzata dei Piani Terapeutici per presidi per l’auto-monitoraggio domiciliare del diabete” per almeno il 70% degli assistiti diabetici con esenzione 013.250, come da elenco della Banca Dati Assistito Aziendale, che ne facciano richiesta.

La % sarà calcolata a decorrere dalla data di effettiva disponibilità dell’applicativo validato dal Comitato Aziendale a seguito dell’analisi da parte di un gruppo “pilota” di MAP.

Le parti concordano che tale obiettivo, a validazione dello strumento informatico ottenuta, sarà considerato tra gli elementi da contrattualizzare per l’incentivazione del progetto di Governo Clinico, in caso di prosecuzione dello stesso nel 2012.

I periodi di rilevazione dei dati e le relative date di trasmissione all’ASL sono così fissati:

- *1 gennaio 2011 – 30 giugno 2011, con inoltro entro il 18/7/2011. Per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni oltre il 15/09/2011:*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale e l’UO Diabetologica di riferimento) (obbligatorio)” (All. n. D.1);

- *1 luglio 2011 – 31 dicembre 2011, con inoltro entro il 18 gennaio 2012. Per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni oltre il termine previsto:*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale e l’UO Diabetologica di riferimento) (obbligatorio)” (All. n. D.2);

trasmissione annuale degli indicatori “obbligatori” della scheda indicatori di cui all’All. D.2

The image shows five handwritten signatures in black ink, arranged in two rows. The top row contains three signatures, and the bottom row contains two. The signatures are stylized and cursive, typical of professional documents.

Linee Guida per Forme Associative

Al fine di ottemperare all'obbligo previsto per le Forme Associative di aderire a linee-guida/PDT, per il 2011 i PDT proposti sono:

- "Gestione Integrata del Paziente con Diabete"
- "Diagnosi e Gestione dei Pazienti affetti da Epatopatia Cronica"
- "Gestione integrata del paziente con Scompenso Cardiaco".

Nella scheda di adesione alla pre- intesa siglata in data 03/03/2011 il MAP ha indicato a quali dei tre PDT intendeva aderire: almeno due.



Handwritten signatures and initials, including a large circular mark and several scribbles.