

ACCORDO AZIENDALE (A.I.A.) ANNO 2018 - 2019 PER LA MEDICINA GENERALE

Art. 1. Premessa e durata dell'Accordo

Il presente accordo (di seguito per brevità denominato AIA) ha validità biennale (anno 2018 e 2019).

L'Azienda USL Toscana Nordovest riconosce il ruolo fondamentale dei Medici di Medicina Generale, di seguito denominati MMG, e individua nell'Accordo Aziendale, di seguito denominato AIA, uno degli strumenti strategici per il perseguimento degli obiettivi di qualità delle cure e di appropriatezza nell'uso delle risorse.

Premesso che:

- la Medicina Generale rappresenta un cardine essenziale dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria essendo la prima a intercettare, a soddisfare o a reindirizzare il bisogno di salute dei cittadini;
- è necessario predisporre iniziative di tipo informativo e percorsi formativi rivolti all'appropriato uso delle risorse;
- l'assistenza sanitaria territoriale necessita dell'allocazione di risorse adeguate ai compiti sempre maggiori derivanti da prevenzione, invecchiamento e cronicità;
- è necessario sviluppare modalità di comunicazione che facilitino l'integrazione indispensabile a garantire percorsi assistenziali sicuri ed efficienti;
- è dovere non solo dei MMG ma di tutti gli operatori sanitari garantire il massimo impegno nell'appropriato utilizzo delle risorse, necessarie per soddisfare i bisogni reali dei cittadini sempre in crescita e per i quali sono disponibili strumenti di diagnosi e cura sempre più efficaci ma anche più costosi;
- deve essere superato il concetto che definisce e divide l'assistenza sanitaria in territoriale e ospedaliera in tema di programmazione sanitaria e di allocazione di finanziamenti;
- è indispensabile sensibilizzare i cittadini sul corretto utilizzo delle risorse;

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest si impegna :

1. a programmare, per quanto di propria competenza e in sinergia col Dipartimento della Medicina Generale, azioni rivolte a ridurre il carico burocratico del Medico di Medicina Generale semplificando al massimo qualsiasi atto e uniformando il più possibile le procedure fra le varie Zone-Distretto;
2. a programmare in sintonia con il Dipartimento della Medicina Generale azioni rivolte a garantire il rispetto delle regole da parte dei Medici dipendenti della ASL , dell' Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e della FTGM, per quanto riguarda le prescrizioni di farmaci, le richieste di accertamenti necessari alla definizione diagnostica dei pazienti presi in carico e le certificazioni di malattia;

3. a promuovere iniziative rivolte ai medici ospedalieri affinché, secondo quanto previsto da leggi, contratti e accordi, svolgano il proprio ruolo anche per quanto riguarda la prescrizione di farmaci, richiesta di accertamenti e certificazioni;
4. ad aprire canali di comunicazione diretta (es. cellulari, mail) fra mmg e ospedalieri, fra mmg e servizi;
5. a programmare in collaborazione con gli Enti Locali, con i Coordinatori di AFT e con i Responsabili di Zona Distretto iniziative rivolte a sensibilizzare i cittadini per quanto riguarda il corretto utilizzo delle risorse del servizio sanitario, dall'accesso al sistema (CA, DEU, Medicina Generale, Ospedale), al consumo di farmaci, alla richiesta di esami.

Art. 2 Campo di applicazione

Il presente AIA si applica a tutti i medici di medicina generale iscritti negli elenchi dei comuni appartenenti al territorio dell'Azienda ai sensi della delibera regionale 1231/2012.

Il presente AIA è coerente con gli obiettivi di programmazione Nazionali, regionali e aziendali.

Il presente AIA disciplina gli strumenti per migliorare l'appropriatezza in campo farmaceutico al fine di liberare risorse che, come previsto dall'AIR del 2012, saranno anche impiegate per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale.

Il presente Accordo – dal giorno successivo alla sottoscrizione definitiva - supera e fa decadere tutti i precedenti Accordi, fatto salvo quanto previsto all'art 6.

Per tutto quanto non contemplato dal presente accordo viene fatto riferimento all'A.C.N. vigente, alle norme vigenti e agli accordi regionali applicabili. In caso di controversie sull'interpretazione, le parti si incontrano per definire consensualmente la controversia, secondo le modalità previste dall'art. 23 comma 5 dell'A.C.N vigente.

Art.3 Quadro normativo di riferimento

1. Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 – “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
2. Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 – “Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
3. Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 23.03.2005 – “Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale” (di seguito denominato A.C.N.) e successive modifiche e integrazioni.
4. DGRT 216 del Marzo 2006. AIR 2006.
5. Legge 8 novembre 2012, n. 189 – “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recanti disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
6. Delibera della Giunta Regionale della Regione Toscana n. 1231 del 28 dicembre 2012 – “A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4,14 e 13-bis ACN/2009” e precedenti AIR.
7. DRGT N 930/2017:”Approvazione dello schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa di cui alla DGR 650/2016” e s.m.i.

Art. 4 Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

Gli effetti del presente AIA decorrono dal 01.01.2018 fatte salve diverse indicazioni temporali espressamente indicate nei singoli articoli.

Il presente AIA ha durata biennale e conserva la propria efficacia fino alla stipula del nuovo Accordo. Saranno oggetto di ulteriori valutazioni norme conseguenti all'introduzione di eventuali modifiche apportate dal livello nazionale o regionale.

È facoltà delle parti proporre e concordare eventuali modifiche o integrazioni.

L'articolazione del finanziamento del presente accordo verrà adeguata annualmente in funzione degli obiettivi che verranno assegnati da Regione Toscana alle ASL.

Al termine del primo anno Azienda e O.O. S.S. si incontreranno per una valutazione congiunta dei risultati raggiunti e per una eventuale ridefinizione degli obiettivi.

L'Azienda provvederà a inviare per posta elettronica a tutti i MMG operanti sul territorio copia del presente AIA e successivamente di eventuali accordi integrativi.

Art.5 Contenuti

Sono oggetto del presente accordo:

- obiettivi di salute;
- appropriatezza prescrittiva farmaceutica: obiettivi e costituzione fondo retribuzione di risultato;
- riunioni di AFT: promozione della partecipazione e retribuzione;
- indennità di associazionismo, collaboratore di studio e infermiere;
- cooperative mediche;
- formazione;
- prenotazione Cup;
- uso di ambulatori pubblici da parte dei MMG.

Le parti si riservano di decidere integrazioni o modifiche al presente accordo, qualora se ne ravvisasse la necessità a seguito di difficoltà applicative o di ulteriori valutazioni di merito.

5.1) Obiettivi di Salute

Riferimenti normativi

Delibera G.R.T. n. 1015 del 17/10/2005 "Recepimento preaccordo regionale; -

Delibera G.R.T. n. 216 del 27/3/2006 "Accordo regionale dei medici di assistenza primaria; - A.C.N. 2009"- "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi recepito con atto d'intesa della Conferenza Stato – Regioni del 29/7/2009";

- D.G.R.T. n. 1231 del 28/12/2012 "Accordo Integrativo regionale per la Medicina Generale".

Obiettivi di salute per l'anno 2018

Gli obiettivi di salute (art.59, lett.B, punto 15 dell'A.C.N.” specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico”) per l'anno 2018 riguardano la fibrillazione atriale e il calcolo della prevalenza della ipertensione arteriosa.

I compensi per gli obiettivi di salute, di cui all'art.59, lett.B, punto 15 dell'A.C.N., pari a € 3,08 per assistito, verranno ripartiti secondo le seguenti modalità: a ciascun obiettivo di salute viene assegnato un compenso pari a 1/3 di € 3,08 per assistito in carico, secondo le seguenti modalità:

Obiettivi di Salute anno 2018	Peso
Fibrillazione atriale	33%
Terapia anticoagulante nei pazienti con fibrillazione atriale	33%
Prevalenza dell'ipertensione arteriosa	33%

Obiettivo: fibrillazione atriale

Premessa

La fibrillazione atriale (FA) rappresenta un problema di primaria importanza per incidenza, prevalenza, morbilità e mortalità. Questa patologia aritmica aumenta di 4-5 volte il rischio di eventi embolici e cardiovascolari mortali. E' pertanto importante stimare la prevalenza della FA e valutare l'appropriatezza dei trattamenti posti in essere per la prevenzione del tromboembolismo. Si presume che la prevalenza della fibrillazione atriale sia circa il doppio di quella riportata in letteratura e che la terapia anticoagulante orale sia sottoutilizzata. Questi e altri sono risultati della survey italiana sui percorsi diagnostici e terapeutici per la cura della fibrillazione atriale, realizzata dall'Area Aritmie dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) (Vedi Allegato A) La TAO (terapia anticoagulante orale) è una terapia che espone il paziente a rischio di gravi eventi emorragici e che necessita pertanto di monitoraggio continuo, ma anche i nuovi farmaci anticoagulanti (NAO) nella pratica clinica dei MMG sembrano gravati da una maggiore incidenza di effetti collaterali rispetto a quanto emerge dai trials clinici effettuati in popolazioni selezionate. I NAO necessitano pertanto di una verifica dell'efficacia e della sicurezza su vasta scala nelle abituali situazioni di impiego. L'estrazione dei dati permette di valutare la reale prevalenza della FA, la percentuale dei pazienti trattati e le percentuali di utilizzo dei due sottogruppi terapeutici e può rappresentare il punto di partenza per ulteriori studi riguardanti l'appropriatezza della scelta terapeutica. I dati estratti saranno oggetto di valutazione congiunta da parte del Dipartimento della Medicina Generale, del Dipartimento Medico e del Dipartimento del Farmaco per valutare la necessità di azioni rivolte a incentivare l'appropriatezza

Il Medico di Medicina Generale compila l'elenco dei propri assistiti di età maggiore o uguale di 65 anni con codice fiscale valido affetti da fibrillazione atriale secondo la definizione di "caso" corrispondente ai criteri diagnostici AIAC 2013 (1), codice 427.3 classificazione ICD9CM, specificando per ogni paziente il punteggio CHA2DS2-VASc.

L'obiettivo si considera raggiunto se:

- l'elenco di patologia è costituito da almeno il 4% degli assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni in carico al medico e se lo score CHA2DS2-VASc è stato misurato almeno una volta all'anno in almeno 60% dei pazienti inseriti nell'elenco di patologia.

L'estrazione dei dati dagli archivi informatici dei MMG permette una verifica della prevalenza della FA nella popolazione della ASL Toscana nord ovest rispetto a quanto risulta dagli studi epidemiologici.

In caso di prevalenza inferiore, legata a fattori oggettivi e non a mancata registrazione in cartella clinica informatizzata, il medico potrà presentare idonea documentazione che sarà valutata congiuntamente dal Direttore del Dipartimento della Medicina Generale e dal Direttore della Sanità Territoriale e sottoposta al parere del comitato aziendale.

La fonte dei dati è il data base dei mmg.

Obiettivo: Terapia anticoagulante nei pazienti con fibrillazione atriale

Il mmg compila l'elenco dei propri assistiti con codice fiscale valido affetti da fibrillazione atriale (definita come all'obiettivo n.1) di età uguale o maggiore di 65 anni, trattati con farmaci anticoagulanti warfarin (ATC B01AA03) o acenocumarolo (ATC B01 AA07) ovvero con anticoagulanti inibitori della trombina (codice ATC B01AE07) o del fattore Xa (codici ATC B01AF01, B01AF02, B01AF03) ovvero con eventuali altri farmaci, nel frattempo resisi disponibili con indicazione appropriata in scheda tecnica, specificando il trattamento effettuato.

L'obiettivo si considera raggiunto se l'elenco è strutturato in modo che si evidenzia:

-:numero totale dei soggetti affetti da FA

-numero totale dei soggetti che non assumono alcun farmaco anticoagulante

- numero totale dei soggetti in terapia con NAO: anticoagulanti diretti inibitori della trombina (cod atc B01AE07) o del fattore Xa (codici atc B01AF01, B01AF02, B01AF03)

- numero totale dei soggetti in terapia TAO : farmaci anticoagulanti dicumarolici: warfarin (cod. atc B01AA03) o acenocumarolo (atc. B01AA07)

- numero totale pazienti con altra terapia.

L'obiettivo si ritiene raggiunto con la consegna dell'elenco contenente i dati sopra riportati entro il 31/01/2019.

Tabella CHA₂DS₂-VASc risk score.

Fattori di rischio tromboembolico	Punteggio
C Scompenso cardiaco/disfunzione ventricolare sinistra (<i>Congestive heart failure/left ventricular dysfunction</i>)	1
H Ipertensione (<i>Hypertension</i>)	1
A ₂ Età ≥75 anni (<i>Age ≥75 years</i>)	2
D Diabete mellito (<i>Diabetes mellitus</i>)	1
S ₂ Pregresso ictus/attacco ischemico transitorio (<i>Previous stroke/transient ischemic attack</i>)	2
V Malattia vascolare (pregresso infarto miocardico, arteriopatia periferica, placca aortica) <i>Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque)</i>	1
A Età 65-74 anni (<i>Age 65-74 years</i>)	1
Sc Sesso femminile (<i>Sex category [female gender]</i>)	1

Obiettivo: prevalenza dell'ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un problema che colpisce in Italia in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una condizione di rischio.

Nord Est : Il 37% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 22% degli uomini e il 16% delle donne si trovano in una condizione di rischio

Nord Ovest : Il 33% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 20% degli uomini e il 15% delle donne sono in una condizione di rischio

Centro : Il 31% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 18% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

Sud e Isole : Il 33% degli uomini e il 34% delle donne sono ipertesi; il 17% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

Toscana

Ipertesi: 28% degli uomini – 26% delle donne

Condizione di rischio: il 20% degli uomini – 11% delle donne

I dati di prevalenza derivano prevalentemente da flussi amministrativi e pertanto potrebbero non corrispondere al dato reale.

Un elenco di ipertesi costruito sulla base degli archivi informatici dei medici di medicina generale può dare informazioni sulla reale prevalenza dell'ipertensione arteriosa, consentire un confronto con i dati della letteratura e fornire documentazione utile per audit clinici di AFT.

Il Medico di Medicina Generale estrae dal proprio archivio informatico i pazienti affetti da ipertensione arteriosa codificati 401.e 405. come da classificazione ICD9CM.

L'obiettivo si ritiene raggiunto con la consegna entro il 31/01/2019 dell'elenco dei pazienti ipertesi che deve comprendere almeno il 20% degli assistiti di età ≥ 16 anni in carico al medico.

In caso di prevalenza inferiore, legata a fattori oggettivi e non a mancata registrazione in cartella clinica informatizzata, il medico potrà presentare idonea documentazione che sarà valutata congiuntamente dal Direttore del Dipartimento della Medicina Generale e dal Direttore della Sanità Territoriale e sottoposta al parere del comitato aziendale.

Obiettivi di salute per l'anno 2019

Premessa

Gli obiettivi di salute dell'anno 2019 sono in continuità con quelli dell'anno precedente, con ulteriori sviluppi e integrazioni.

Obiettivi di Salute anno 2019	Peso
Fibrillazione atriale	33%
Terapia anticoagulante nei pazienti con fibrillazione atriale	33%
Calcolo RCV negli ipertesi	33%

Obiettivo: fibrillazione atriale

La fibrillazione atriale (FA) rappresenta un obiettivo di salute su cui la medicina generale ha iniziato a lavorare nell'anno 2018 e proseguirà anche nel 2019 con

in più la rilevazione del BMI.

Per l'anno 2019 l'obiettivo si considera raggiunto se:

- l'elenco di patologia è costituito da almeno il 4% degli assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni in carico al medico e se in almeno 60% dei pazienti inseriti nell'elenco di patologia lo score CHA2DS2-VASc è stato misurato almeno una volta all'anno ed è rilevato il valore di BMI.

Obiettivo: Terapia anticoagulante nei pazienti con fibrillazione atriale

Il mmg compila l'elenco dei propri assistiti con codice fiscale valido affetti da fibrillazione atriale (definita come all'obiettivo n.1) di età uguale o maggiore di 65 anni, trattati con farmaci anticoagulanti warfarin (ATC B01AA03) o acenocumarolo (ATC B01 AA07) ovvero con anticoagulanti inibitori della trombina (codice ATC B01AE07) o del fattore Xa (codici ATC B01AF01, B01AF02, B01AF03) ovvero con eventuali altri farmaci, nel frattempo resisi disponibili con indicazione appropriata in scheda tecnica, specificando il trattamento effettuato.

Oltre a queste rilevazioni già presenti nell'obiettivo dell'anno precedente, per il 2019 il mmg rileva anche il valore di BMI nei pazienti affetti da F.A.

L'obiettivo si considera raggiunto se l'elenco è strutturato in modo che si evidenzia:

-:numero totale dei soggetti affetti da FA

-numero totale dei soggetti che non assumono alcun farmaco anticoagulante

- numero totale dei soggetti in terapia con NAO: anticoagulanti diretti inibitori della trombina (cod atc B01AE07) o del fattore Xa (codici atc B01AF01, B01AF02, B01AF03)

- numero totale dei soggetti in terapia TAO : farmaci anticoagulanti dicumarolici: warfarin (cod. atc B01AA03) o acenocumarolo (atc. B01AA07)

- numero totale pazienti con altra terapia.

L'obiettivo si ritiene raggiunto con la consegna dell'elenco contenente i dati sopra riportati entro il 31/01/2020.

Obiettivo: calcolo del RCV nei pazienti ipertesi

Premessa

L'ipertensione arteriosa ha una prevalenza pari a circa il 32% della popolazione adulta ed è fra i più importanti fattori di rischio modificabili delle malattie cardio-vascolari.

Conoscere il RCV dei soggetti che ne sono affetti è utile per impostare in maniera corretta e personalizzata la terapia e la programmazione degli accertamenti diagnostici utili a evidenziare tempestivamente i danni di organo riconducibili all'ipertensione.

Lo schema di accordo della Regione Toscana con la Medicina Generale per l'attuazione della nuova Sanità di Iniziativa di cui alla DGR 650/16 e S.M.I. prevede la presa in carico proattiva dei pazienti diabetici e/o ipertesi con RCV >10%. di età compresa fra i 40 e i 69 anni senza precedenti eventi acuti cardio cerebrovascolari (Target B)

Considerando che non tutti i MMG né tutti i pazienti affetti da ipertensione aderiranno al progetto della Sanità di Iniziativa, la Medicina Generale ritiene un importante obiettivo di salute pubblica il calcolo del RCV nei pazienti ipertesi di età compresa fra i 40 e i 69 anni di età con l'utilizzo della carta del rischio del progetto ISS-Cuore.

Il Medico di Medicina Generale estrae dal proprio archivio informatico i pazienti affetti da ipertensione arteriosa codificati 401.e 405. di età compresa fra i 40 e i 69 anni come da classificazione ICD9CM senza precedenti eventi acuti cardio-cerebro-vascolari.

L'obiettivo si ritiene raggiunto con la consegna entro il 31/01/2020 dell'elenco con codice fiscale valido che deve comprendere almeno il 8% degli assistiti di età ≥ 16 anni in carico al medico, comprensivo del valore del RCV in almeno il 50% dei pazienti.

Compensi obiettivi di salute: modalità di erogazione

I compensi per gli obiettivi di salute, di cui all'art.59 lettera B , punto 15 dell'ACN, pari a €3,08/assistito, verranno ripartiti assegnando a ciascun obiettivo di salute un compenso pari 1/3 di €3,08/assistito in carico, secondo le seguenti modalità:

- 20% per l'adesione del mmg al progetto, che sarà valutata alla fine di ogni annualità con la consegna degli elenchi;

- il restante 80% correlato al raggiungimento degli obiettivi.

- la quota parte del fondo di ASL Toscana Nordovest eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni mmg, sarà re-distribuita, proporzionalmente, fra tutti i mmg dell'ASL NO che avranno raggiunto ciascun obiettivo (33% per ciascun obiettivo raggiunto).

Al medico cessato precedentemente alla sottoscrizione del presente accordo, verranno erogati interamente i compensi relativi ai mesi in cui è stato in servizio.

Al medico che cessa in corso di accordo, verrà corrisposto:

- il 20% per l'adesione, a seguito della consegna degli elenchi;
- in caso di raggiungimento degli obiettivi, si provvederà inoltre alla liquidazione dell'80% restante proporzionalmente ai mesi in cui ha svolto nell'anno la sua attività.

Cronoprogramma

Adesione: non è necessario formalizzare l'adesione scritta poiché si considera "adesione" la consegna degli elenchi, indipendentemente dal risultato raggiunto.

Entro il 31/12/ di ciascun anno di vigenza del presente accordo ogni mmg effettuerà le azioni previste per ciascun obiettivo di salute e invierà i dati di attività al responsabile UF Cure Primarie di Zona Distretto entro il 31/1/ dell'anno successivo a quello della raccolta dati. In caso che il mmg ritenga di avere giustificazioni per il "non raggiungimento" degli obiettivi, potrà contestualmente allegare idonea documentazione a supporto che sarà oggetto di esame e valutazione congiunta da parte del Direttore del Dipartimento della Medicina Generale e del Direttore del Dipartimento della Sanità Territoriale e sottoposta al parere del comitato aziendale.

La fonte dei dati è il data base del mmg.

Entro il 31/3/ dell'anno successivo della raccolta dati dovranno essere completate le verifiche da parte delle UUFF Cure Primarie. Le stesse modalità e scadenze valgono per l'anno successivo.

La liquidazione FINALE, comprensiva del 20% dell'adesione e del restante 80% legato al risultato, avverrà nel mese di Maggio di ogni anno successivo a quello di esercizio, a seguito della comunicazione degli esiti finali di verifica da parte dei responsabili delle UUFF Cure Primarie, purchè siano stati rispettati i termini sopra-indicati. I mmg che non consegneranno nessun elenco, non hanno diritto al 20% correlato all'adesione.

La redistribuzione dei residui del 3,08 avverrà entro Luglio dello stesso anno.

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale è l'organo competente ad esprimere pareri in merito alle modalità applicative relative agli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati.

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Premessa

Nell'anno 2017 la spesa farmaceutica diretta, la DPC (distribuzione per conto) e la convenzionata della ASL Toscana nord-ovest è stata la più alta per assistito pesato fra le tre ASL della Toscana.

Obiettivo aziendale di appropriatezza prescrittiva e costituzione del fondo di retribuzione di risultato e di garanzia

L'obiettivo aziendale per l'anno 2018 è stato fissato da Regione Toscana ad inizio anno nella riduzione del 3,5% della spesa farmaceutica convenzionata netta rispetto a quella dell'anno 2017 (pari per ASL TNO a € 163.955.000) e rimodulato con DGRT n.828 del 23/7/2018 nella riduzione del 5,50%. Il raggiungimento dell'obiettivo del -3,5% comporterebbe una minore spesa quantificabile in €5.738.000 e quello di -5,5% una minore spesa di €9.015.317. Considerato che la variazione di ASL TNO rispetto all'anno precedente si è attestata nel mese di Gennaio a +2,45 e nel periodo progressivo Gennaio – Giugno a -1,64, si ritiene opportuno costituire con una parte del risparmio il fondo di retribuzione di risultato per la Medicina Generale, come da tabella sotto-riportata, al fine di promuovere con tempestività azioni virtuose finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo.

La maturazione e la quantificazione del fondo di retribuzione di risultato che alimenta l'incentivazione economica prevista dall'AIR regionale si realizza in relazione ai risparmi ottenuti per il miglioramento della performance complessiva della spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente.

Il fondo è generato da quota parte dei risparmi realizzati con una progressione in funzione della performance raggiunta.

A partire dal mese di Luglio 2018, l'Azienda fornirà mensilmente ai MMG un report aggiornato con i dati della spesa farmaceutica e quelli relativi agli obiettivi di appropriatezza. Al Coordinatore di AFT sarà fornito il report della propria AFT, al Coordinatore di AFT facente parte del Comitato di Dipartimento saranno forniti i reports di tutte le AFT della sua Zona-Distretto, al medico facilitatore saranno forniti i reports delle AFT del suo ambito di intervento, al Direttore del Dipartimento i report di tutte le AFT della ASL.

A) Fondo di retribuzione di risultato

Il fondo di retribuzione di risultato ammonterà a € 2.000.000, con progressione secondo il seguente schema, in caso di raggiungimento del -3,5% di spesa farmaceutica convenzionata rispetto all'anno precedente:

RIDUZIONE SPESA CONVENZIONATA 2018 VS 2017		FONDO DI RETRIBUZIONE
0 %	- 0,99%	400.000 (*)
-1,0%	-1,49%	750.000
-1,5%	-1,99%	1.000.000
-2,0%	-2,49%	1.250.000
-2,5%	-2,99%	1.500.000
-3,0%	- 3,49%	1.750.000
-3,5%	- 3,99%	2.000.000

(*) FONDO DI GARANZIA

Se la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata sarà inferiore all' 1% non si costituirà il fondo di retribuzione di risultato, ma sarà garantito comunque un fondo di garanzia pari a € 400.000.

Se la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata sarà compresa fra -1,0 e -1,49% il fondo sarà alimentato con un importo pari a €750.000, se sarà compresa fra -1,5% e - 1,99% il fondo sarà alimentato con ulteriori €250.000 per un totale di € 1.000.000, se sarà compresa fra -2,0% e -2,49% il fondo sarà alimentato con ulteriori € 250.000 per un totale di € 1.250.000, se sarà compresa fra -2,5% e -2,99% il fondo sarà alimentato con ulteriori € 250.000 per un totale di € 1.500.000, se sarà compresa fra -3,0% e - 3,49% il fondo sarà alimentato con ulteriori € 250.000 per un totale di € 1.750.000. Per riduzioni della spesa oltre il 3,5% si prevedono incrementi di € 350.000 ogni ulteriori 0,5% di riduzione.

Tale fondo sarà destinato per il 70% all'incentivazione dei singoli medici MMG e per il 30% all'incentivazione delle AFT. Il valore dei due fondi, suddiviso per il numero di assistiti pesati medi dell'anno di riferimento in carico globalmente ai medici MMG, determina la “**quota incentivante pro capite**”, rispettivamente per i MMG e per le AFT.

Gli importi economici maturati saranno riconosciuti ai medici e alle AFT che avranno raggiunto gli obiettivi del presente accordo, dato un livello minimo di accesso, in proporzione sia al livello di raggiungimento degli obiettivi stessi (punteggio globale maturato- vedi punto C), sia al numero di assistiti pesati medi avuti in carico nell'anno, attribuendo per ogni assistito la quota sopra definita.

Gli incentivi riconosciuti alle AFT potranno essere utilizzati per progetti comuni delle AFT stesse e/o ridistribuiti ai singoli medici che le costituiscono secondo criteri che dovranno essere stabiliti dai coordinatori di AFT. Si dà mandato al Comitato di Dipartimento della Medicina Generale di definire linee guida sulla materia.

Le quote non assegnate ritorneranno nella disponibilità dell'Azienda e saranno ridistribuite ai medici che avranno raggiunto le migliori performance in tutta l'azienda, con un tetto massimo di €7.000 per medico, indipendente dalla quota già corrisposta.

Per ottenere queste ulteriori quote incentivanti viene introdotto un meccanismo a punti secondo il seguente schema:

Fasce di scostamento dal budget	Punti per MMG per assistito pesato
-5% - -9.99%	6
-10% - -14.99%	7
-15% - -19.99%	8
-20% - -24.99%	9
< -25%	10

A questo punteggio individuale derivante dal posizionamento rispetto al budget assegnato, verranno sommati 2 punti se il mmg avrà raggiunto un punteggio uguale o maggiore di 30 nella tabella di appropriatezza o 1 punto se si posizionerà tra 20 e 29 nella tabella di appropriatezza.

Il punteggio realizzato da ciascun MMG viene moltiplicato per il n° medio degli assistiti pesati. Si procede alla somma dei punteggi di tutti i MMG con scostamento dal budget < -5%. Si divide il Fondo delle quote non assegnate per il totale dei punteggi di tutti i MMG ottenendo il valore in € di un singolo punto. Si moltiplica questo valore per il punteggio complessivo di ciascun MMG ottenendo l'importo dell'incentivo di ogni singolo MMG.

Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a sei mesi nell'anno e/o con n di assistiti inferiore a 150.

Prima della redistribuzione, dal fondo residuo dovrà essere detratto quanto necessario per il compenso alla partecipazione degli mmg alle riunioni di AFT nel caso che l'AFT non abbia raggiunto l'obiettivo minimo (vedi punto 5.3).

B) Fondo di garanzia per retribuzione di risultato

Nel caso in cui non si crei il fondo aziendale di retribuzione di risultato, ovvero per una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata inferiore all' 1%, l'Azienda riconoscerà comunque un fondo di garanzia pari a € 400.000.

Sarà riconosciuto un incentivo pari a € 1,00 per assistito pesato ai MMG che singolarmente abbiano raggiunto il seguente obiettivo:

- spesa pro capite per assistito pesato inferiore rispetto al budget pro capite pesato.

L'incentivo pari a € 1,00 per assistito pesato sarà proporzionalmente ridotto in relazione alla disponibilità economica complessiva del fondo.

C) Meccanismo di incentivazione a punti

Ogni Medico di Medicina Generale e ogni AFT hanno due obiettivi generali fra loro collegati, ma comunque autonomi, e pertanto valutabili sia globalmente sia singolarmente:

C.1) Obiettivo riduzione della spesa farmaceutica : valore totale 60 punti

C.2) Obiettivo appropriatezza prescrittiva: valore totale 40 punti

Il raggiungimento degli obiettivi può essere totale o parziale e viene misurato con l'attribuzione di un punteggio.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi viene fatta sia per medico che per AFT.

Ogni singolo medico e ogni AFT hanno a disposizione 100 punti: 60 legati alla riduzione della spesa farmaceutica, 40 legati al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza.

La soglia minima di accesso agli incentivi economici è pari a 50 punti totali.

C.1) Obiettivo riduzione della spesa farmaceutica

La riduzione della spesa farmaceutica è ottenibile non solo con maggiore appropriatezza, ma anche con altre strategie virtuose quali la sistematica prescrizione di principi attivi di minore costo che evidenze scientifiche hanno dimostrato avere pari efficacia rispetto ad altri con le stesse indicazioni, corretta gestione delle poli-terapie nei pazienti affetti da patologie croniche sia per quanto riguarda il numero dei farmaci prescritti sia per quanto riguarda il contenimento dei volumi prescrittivi (numero di confezioni prescritte di ciascun farmaco). Contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo l'orientamento della consegna diretta, nei casi consentiti dalla normativa vigente (ad es. post dimissione, post visita specialistica, paziente in RSA, e in assistenza domiciliare).

Obiettivo SPESA FARMACEUTICA: spesa pro capite pesata \leq budget pro capite pesato

Al raggiungimento di tale obiettivo **il medico MMG** matura 60 punti, per risultati intermedi i punti maturati saranno calcolati secondo la tabella sottostante.

Risultato : posizionamento (*) e/o miglioramento (**)	Punti
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO DI BUDGET	60
Posizionamento entro + 1% del budget o miglioramento del 80%	50
Posizionamento entro + 2% del budget o miglioramento del 60%	40
Posizionamento entro + 3% del budget o miglioramento del 50%	30
Posizionamento entro + 4% del budget o miglioramento del 40%	20
Posizionamento entro + 5% del budget o miglioramento del 30%	10

(*) Per posizionamento si intende lo scostamento percentuale rispetto al budget assegnato.

(**) Per miglioramento si intende il percorso fatto tra il valore iniziale e quello finale (*strada fatta rispetto a strada da fare*); il valore da misurare è lo scostamento percentuale; il valore di riferimento per il 2018 è il primo trimestre 2018 e per il 2019 è l'anno 2018.

Per le **AFT** l'obiettivo si considera raggiunto se la spesa pro capite annuale sarà inferiore o uguale al budget, con attribuzione di 60 punti, non essendo previsti obiettivi intermedi.

Per **spesa pro capite per assistito pesato** si intende quella attribuita agli assistiti in carico ai singoli MMG, prescritta dal medico curante e altri medici, per i farmaci dispensati nei canali farmaceutica convenzionata, DD e DPC al netto dei farmaci prescritti su PT, RL e altri rilevanti (farmaci sclerosi, emoderivati, ecc. come da lista riportata sui report) la cui prescrizione è di origine specialistica.

La spesa farmaceutica convenzionata imputata al MMG e alle AFT è così calcolata: i farmaci a brevetto scaduto sono valorizzati al prezzo di rimborso come da DGRT in vigore al momento della rilevazione, quelli a brevetto non scaduto sono valorizzati al corrispondente prezzo al pubblico.

Per la Distribuzione diretta e la DPC i farmaci sono valorizzati a prezzo di listino ESTAR o prezzo medio di acquisto in caso di non disponibilità.

Eventuali eventi non previsti, non governabili dalla Medicina Generale, che avranno ripercussioni significative sulla valutazione finale, saranno oggetto di specifica analisi e valutazione da parte del Comitato Aziendale della Medicina Generale per una eventuale rimodulazione.

Il **budget pro capite pesato** assegnato è calcolato con gli stessi criteri della spesa pro capite per assistito pesato sopra descritti, prevedendo una riduzione della Farmaceutica Convenzionata netta pari al - 3,5% e della spesa per DD e DPC attribuibile ai MMG, pari al - 6% rispetto al 2017.

C.2) Obiettivi di appropriatezza prescrittiva

L'appropriatezza prescrittiva è declinata per obiettivi.

Tutti i medici e tutte le AFT concorrono al raggiungimento di ogni obiettivo ma mentre il singolo MMG può portare nella propria dotazione di punti tutti gli obiettivi raggiunti, per ciascuna AFT solo tre obiettivi potranno entrare nel sistema a punti (saranno scelti gli obiettivi per i quali la AFT ha avuto le peggiori performance nell'anno 2017).

Ad ogni AFT saranno assegnati tre specifici obiettivi di appropriatezza, scelti tra quelli assegnati ai MMG, che saranno definiti e condivisi entro un mese dalla firma del presente accordo dal Responsabile UF cure primarie della Zona Distretto, dal direttore UOC della Farmaceutica Territoriale, dal direttore UOC ASC provinciale, dal Dipartimento della Medicina Generale e dal Coordinatore di AFT. A ciascun obiettivo della AFT sarà attribuito un punteggio pari ad 1/3 del totale (1/3 di 40 punti a ciascuno dei tre obiettivi di appropriatezza della AFT).

Il singolo MMG concorre al raggiungimento di tutti gli obiettivi di appropriatezza che pertanto saranno valorizzati col sistema a punti secondo quanto indicato nella tabella sotto riportata:

Indicatore	Obiettivo	Punti
Incidenza % delle confezioni non coperte da brevetto (*)	> = 85%	5
Inibitori della pompa acida: unità posologiche per assistito pesato annue (**)	< =25	5
Inibitori della pompa acida: costo medio (prezzo al pubblico al netto della differenza da prezzo di rimborso) delle UP erogate in convenzionata (**)	<= € 0,36	5
EBPM: numero DDD/1000 assistiti pesati /die (**)	<= 15,30	5
Colecalciferolo: Costo medio lordo per 10.000 UI(**)	<= € 0,50	10
Antibatterici: numero DDD per 1000ab/die (**)	<=18	5
Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie: incidenza % delle DDD dei farmaci adrenergici in associazione con corticosteroidi (ATC R03AK) sul totale delle DDD dei farmaci per uso inalatorio (ATC R03AC + R03AL + R03AK + R03BA + R03BB) erogati in convenzionata ed in distribuzione diretta (**)	<= 35%	5

In caso di “non raggiungimento “ dell’obiettivo, il singolo mmg potrà ottenere metà punteggio nel caso di performance comunque “migliore” della media di ASL NO:

(*) Metà punteggio se obiettivo non raggiunto ma valore superiore alla media di ASL NO

(**) Metà punteggio se obiettivo non raggiunto ma valore inferiore alla media di ASL NO.

Per ogni anno di validità dell’accordo gli obiettivi di appropriatezza dovranno essere ridefiniti in base agli obiettivi assegnati alle Aziende da parte della Regione Toscana.

Medico Facilitatore

Considerata l’importanza e la complessità dell’obiettivo appropriatezza farmaceutica, l’Azienda ritiene opportuno istituire la figura del “medico facilitatore”, inteso come medico di medicina generale “esperto” sul tema dell’appropriatezza prescrittiva e della farmaco-economia.

Il medico facilitatore avrà il compito di coadiuvare il coordinatore di AFT nelle riunioni e negli incontri con i singoli MMG riguardanti l’ appropriatezza farmaceutica; sulla stessa materia rappresenterà, quando necessario, l’interlocutore della Medicina Generale nei rapporti con il Dipartimento del farmaco e con gli Specialisti Ospedalieri e Ambulatoriali.

Saranno individuati 5 medici facilitatori uno per ogni ex ASL

Profilo del Medico Facilitatore

Si elencano alcune caratteristiche preferenziali per individuare il medico facilitatore.

A. Curriculum

Partecipazione attiva a una o a più delle seguenti attività aziendali:

- comitati aziendali
- comitati paritetici

- commissioni per l' appropriatezza prescrittiva
- gruppi di lavoro aziendali per stesura PDTA
- attività di formazione (AdF)
- partecipazione ad attività scientifica e/o accademica nell'ambito della farmaco economia e dell'appropriatezza

B. Profilo prescrittivo

- spesa procapite "storicamente" uguale o inferiore al budget assegnato
- indicatori di appropriatezza prescrittiva migliori o in linea rispetto alla media aziendale

C. Caratteristiche individuali

- riconosciuta e apprezzata capacità di comunicazione con i colleghi e con gli interlocutori aziendali,
- disponibilità a partecipare a incontri formativi e informativi con i MMG e con i medici specialisti aziendali,
- disponibilità a partecipare a iniziative aziendali finalizzate al miglioramento della appropriatezza prescrittiva farmaceutica.

Individuazione

La proposta dei nominativi, uno per ogni ex-Asl, viene effettuata nell'ambito del Comitato del Dipartimento della Medicina Generale da parte dei componenti, Coordinatori AFT, rappresentativi per gli ambiti delle ex-Asl entro 60 gg dalla firma del presente accordo.

Il Direttore del Dipartimento della Medicina Generale, sentito il Comitato del Dipartimento, può proporre al Direttore Generale con provvedimento motivato la revoca dell'incarico.

Attività e compenso del Medico Facilitatore

Si richiede che il Medico Facilitatore gestisca almeno due riunioni all'anno per AFT (le riunioni possono essere svolte anche accorpando più AFT della stessa Zona-Distretto). In totale per accedere al compenso dovrà svolgere un minimo di 10 riunioni all'anno. Ogni riunione dovrà essere verbalizzata e il verbale dovrà essere inviato entro 15 giorni al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale.

Il compenso per il medico facilitatore è pari a € 10.000 annui onnicomprensivi. Tale importo sarà ridotto del 20% in caso di mancato raggiungimento da parte dell'ASL dell'obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata assegnato annualmente dalla Regione Toscana.

5.3) Riunioni di AFT

La partecipazione dei MMG alle riunioni di AFT è considerata strumento essenziale per un confronto tra pari, per la comunicazione capillare di informazioni, per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e per il corretto utilizzo delle risorse.

L'Azienda, al fine di promuovere le riunioni favorendo la partecipazione dei MMG, si impegna a retribuire la presenza del singolo MMG alla riunione di AFT, nel caso che la AFT raggiunga l'obiettivo minimo assegnato, con un gettone omnicomprendente di € 50,00 fino ad un massimo di tre riunioni per semestre.

Nel caso che l'AFT non raggiunga l'obiettivo minimo assegnato, il compenso di € 50,00 di cui sopra sarà ugualmente erogato ma le risorse saranno reperite 50% dal bilancio dell'ASL NO e 50% dal fondo residuo di appropriatezza farmaceutica.

Nell'incentivazione per la partecipazione alle riunioni di AFT sono compresi anche i medici di CA titolari di incarico a tempo indeterminato assegnati all'AFT. Da tale compenso sono esclusi i coordinatori di AFT ed i medici facilitatori.

Le riunioni devono essere documentate da foglio firme di presenza e da sintetico verbale redatto a cura del coordinatore di AFT.

Le 6 riunioni a cui viene correlato l'incentivo devono avere come oggetto:

- almeno 2 riunioni in un anno l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (con invito esteso al medico referente delle cure primarie, al farmacista di riferimento della Zona Distretto e al medico facilitatore);
- almeno 2 riunioni in un anno sulla "Comunicazione Medico di Medicina Generale – Medico Ospedaliero";
- almeno 2 riunioni l'anno sulla "Promozione e il monitoraggio dell'Attività Fisica Adattata".

Per l'anno 2018 il numero delle riunioni per ogni argomento può essere ridotto alla metà.

Linee di Indirizzo per le riunioni di AFT su Comunicazione Medicina Generale - Ospedale e su AFA

A) Comunicazione Medico di medicina Generale – Medico Ospedaliero

Premessa

La comunicazione Medico di Medicina Generale – Medico Ospedaliero rappresenta un importante obiettivo aziendale, proposto dal Dipartimento della Medicina Generale ed è riconosciuto strategico dalla Direzione Aziendale.

Esso necessita di essere condiviso dai Dipartimenti Ospedalieri della ASL TNO e dai Dipartimenti della AOUP e dalla FTGM.

Nel corso dell'anno 2018 l'attività dei DIAV (Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta) tramite il Dipartimento della Medicina Generale sarà orientata a favorire il raggiungimento di questo obiettivo e anche di ulteriori obiettivi riguardanti l'integrazione fra Ospedale e Territorio.

I Coordinatori di AFT dovranno organizzare nel corso del 2018 almeno 1 incontro e nel 2019

almeno 2 incontri fra i medici delle loro AFT e i medici appartenenti a Unità Operative Ospedaliere della Zona Distretto di riferimento (comprese anche quelle della AOUP e della FTGM) In tali incontri dovranno essere affrontati i temi della continuità assistenziale e della comunicazione fra territorio e ospedale al fine di ridurre i tempi di degenza e ottimizzare il ricorso alla diagnostica strumentale e di laboratorio durante il ricovero.

Si affronterà anche l'argomento della riconciliazione terapeutica e della corretta attuazione delle procedure ACOT prima della dimissione e quello del rispetto dei doveri del medico ospedaliero in materia di prescrizione e di certificazione.

Gli incontri potranno coinvolgere simultaneamente anche più AFT secondo un cronoprogramma che sarà redatto dal Dipartimento della Medicina Generale in collaborazione con il Dipartimento della Sanità Territoriale.

Il/I Coordinatore/i di AFT definiranno insieme ai Direttori delle Unità Operative Ospedaliere o loro delegati gli argomenti che saranno affrontati, gli obiettivi da raggiungere e se possibile gli indicatori del percorso di integrazione. Le riunioni saranno verbalizzate e i verbali inviati entro trenta giorni al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale. Al verbale dovrà essere allegato il foglio firme che certifichi la presenza dei medici. Tale adempimento rappresenta un requisito indispensabile per l'erogazione della quota specifica prevista per la partecipazione alle riunioni di AFT.

B) Attività motoria come prevenzione primaria e secondaria nei pazienti diabetici e ipertesi

Premessa

Nel mese di Marzo 2018 l'ASL Toscana nord ovest ha provveduto a rivedere il regolamento dell'AFA (Attività Fisica Adattata) in modo tale che le possibilità e le modalità di accesso dei cittadini alle strutture erogatrici siano uniformi su tutto il territorio aziendale e che il flusso informativo dell'avvenuto accesso sia garantito e affidabile.

L'AFA rappresenta un importante obiettivo aziendale nell'ottica delle iniziative a contrasto della "cronicità" e prevede la condivisione e il coinvolgimento del Dipartimento della Prevenzione secondo quanto già previsto nel regolamento dell'AFA.

La DGR 903/17 promuove l'AFA nell'ambito della nuova Sanità di Iniziativa nei pazienti affetti da patologie croniche quali il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa.

L'attività fisica intesa come corretto stile di vita, oltre ad avere grande importanza nella prevenzione primaria, rappresenta il primo approccio terapeutico o si affianca sempre ai farmaci nella cura di queste patologie croniche.

Indipendentemente dall'attuazione della Sanità di Iniziativa e dall'adesione alla stessa, i MMG ritengono che un intervento proattivo rivolto a favorire l'AFA nei soggetti affetti da diabete e/o da ipertensione abbia un grande valore per la tutela della salute dei pazienti, per rallentare l'evoluzione delle malattie, prevenire complicanze e evitare ricoveri con conseguente notevole riduzione dei costi sociali e sanitari a esse correlati.

I MMG propongono l'attività fisica adattata ai loro assistiti affetti da ipertensione arteriosa e/o da diabete mellito come prima terapia o come terapia da associarsi alla terapia farmacologica.

Nel caso che il paziente accetti l'invito, il MMG compila il modulo specifico, lo consegna al cittadino e registra sulla cartella clinica l'adesione

Ciascuna AFT si impegna a organizzare incontri (n. 1 nel 2018 e n.2 nel 2019) sul monitoraggio dell'AFA, dotandosi anche di un report a supporto dell'audit.

Le riunioni saranno verbalizzate e i verbali inviati entro trenta giorni alla Direzione di Zona-Distretto e alla Direzione del Dipartimento della Medicina Generale. Al verbale dovrà essere allegato il foglio firme che certifichi la presenza dei medici. Tale adempimento rappresenta un requisito indispensabile per l'erogazione della quota specifica prevista per la partecipazione alle riunioni di AFT.

5.4) Indennità di Associazionismo, Collaboratore di Studio ed Infermiere

L'ASL intende favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata sul territorio incrementando il numero delle forme associative e delle indennità per il personale a supporto dei MMG: collaboratori di studio e collaboratori infermieristici.

Oltre ad aver incrementato il numero delle indennità con l'AIA Ponte dell'anno 2017 e condivisa la garanzia di reintegrare i MMG cessati sia per quanto riguarda le quote spettanti per la partecipazione alla forma associativa, sia per quanto riguarda le indennità di collaboratore di studio e infermieristica, l'ASL si impegna per il biennio 2018-2019 a favorire un ulteriore sviluppo dell'associazionismo e delle indennità per collaboratore di studio e per collaboratore infermieristico.

L'Azienda TNO mette a disposizione, oltre al fondo costituitosi con l'AIA ponte 2017, un ulteriore incremento di risorse per l'anno 2018 pari a € 150.000. Queste risorse, se non utilizzate nell'anno 2018, potranno essere considerate disponibili per il successivo anno 2019.

Inoltre, per l'anno 2019, l'Azienda prevede un incremento ulteriore di risorse pari a:

- € 100.000 se nell'anno 2018 tutte le AFT avranno raggiunto almeno 2 obiettivi di appropriatezza farmaceutica tra i 3 assegnati alle AFT dalla Direzione Aziendale;
- € 150.000 se tutte le AFT avranno centrato almeno 2 obiettivi di appropriatezza farmaceutica tra i 3 individuati e se almeno il 75% delle AFT ne avrà centrati 3 (cioè 30 AFT su 40).

Considerata la variabilità esistente tra le diverse ex Asl che perdura nonostante l'investimento effettuato con l'Accordo Ponte del 2017, il fondo dovrà essere così ripartito al fine di favorire il riequilibrio tra le ex ASL:

- 50% del budget riservato alla ex ASL 5;
- 25% del budget riservato alla ex ASL 6;
- 10% del budget riservato alla ex ASL 12;
- 8% del budget riservato alla ex ASL 1;
- 7% del budget riservato alla ex ASL 2;

Eventuali quote residue dai budget riservati alle singole ex ASL 6, 12, 1 e 2 saranno riassegnate ai MMG della ex ASL 5 che attualmente mantiene la spesa più bassa per queste indennità.

Nell'ambito di ciascuna ex ASL il fondo verrà ripartito secondo i seguenti criteri:

- 50% associazionismo;
- 30% collaboratore di studio;
- 20% collaboratore infermieristico.

Eventuali disponibilità di risorse derivanti dalla sottoutilizzazione di alcuni istituti, possono essere utilizzate negli altri istituti.

Nell'ambito dell'indennità di associazionismo si segue il seguente criterio di priorità:

- medicina di gruppo (comprese le ex UCP);
- medicina in associazione complessa;
- medicina in rete.

Qualora nelle Case della Salute siano presenti medici di più forme associative o più medici singoli, al fine di favorire la presa in carico del paziente da parte dei medici operanti nelle CdS, il Comitato Aziendale della Medicina Generale ha la possibilità di accettare e riconoscere un'unica "medicina di gruppo" anche in deroga al numero massimo di componenti previsto nell'ACN vigente; ovviamente l'erogazione della relativa indennità è condizionata dalla disponibilità economica prevista e regolamentata nel presente accordo.

Per quanto riguarda le Cooperative Mediche, si rimanda a quanto specificato nel punto 5.5.

Nell'ambito delle indennità di collaboratore di studio e di infermiere si segue il seguente criterio di priorità:

- medicina di gruppo (comprese le ex UCP);
- medicina in associazione complessa;
- cooperativa medica;
- medicina in rete;
- medici singoli.

Ogni 3 mesi (nei mesi di Gennaio, Aprile, Luglio, Ottobre) saranno valutate, in sede di Comitato Aziendale, le richieste di associazionismo, di indennità di collaboratore di studio e di indennità infermieristica; saranno garantiti i reintegri dei cessati e ulteriori inserimenti saranno ammessi in base alle categorie di priorità sopra esplicitate.

A parità di posizione in ciascun ambito prevale l'anzianità della domanda.

L'indennità di associazionismo, l'indennità di collaboratore di studio e l'indennità infermieristica saranno riconosciute con decorrenza dal primo giorno del mese di valutazione in cui è stata riconosciuta l'indennità.

L'indennità di collaboratore di studio e l'indennità infermieristica non potranno comunque avere una decorrenza anteriore alla data documentata di assunzione del personale.

5.5) Cooperative mediche

La DGRT 1015/2005 precisa che il riconoscimento dell'indennità di cooperativa, pari a quello della medicina di gruppo, è subordinato alla stipula di uno specifico accordo contratto con

l'Azienda i cui contenuti saranno obbligatori per tale forma associativa ed è legato al raggiungimento di obiettivi concordati.

Tale accordo-contratto stabilisce per i soci della cooperativa medica, standard organizzativi ed assistenziali aggiuntivi rispetto a quelli già individuati sia per i medici singoli che per le altre forme associative.

L'Accordo Regionale individua quali requisiti obbligatori delle cooperative mediche la partecipazione esclusiva dei medici di assistenza primaria che svolgono la loro attività nell'ambito territoriale dell'Azienda e l'utilizzazione di un server di cooperativa in grado di elaborare i dati delle cartelle informatizzate dei soci a fini statistici, epidemiologici e assistenziali.

L'accordo-contratto con ASL Nord Ovest dovrà prevedere quali **standard aggiuntivi**:

la realizzazione di n.2 progetti, di cui uno uguale per tutte le cooperative mediche di tipo epidemiologico – clinico sulle demenze (Progetto Demenze) ed uno specifico, condiviso con l'Azienda, in uno dei seguenti settori:

- a) recupero di pazienti che non si sono presentati agli screening (comunicazione, elenchi pazienti, chiamata attiva);
- b) aderenza alla terapia dei pazienti (es. controllo sulla prescrizione dei farmaci per le terapie croniche);
- c) stratificazione dei pazienti di ogni medico in base alla complessità e/o gravità espressa dall'Indice di Charlson;
- d) a livello di Zona Distretto, in ragione di esigenze locali, potrà essere definito un progetto "specifico" per la Zona concordato tra il Direttore di Zona Distretto, il Presidente della Cooperativa Medica e il Dipartimento della Medicina Generale.

L'indennità riconosciuta per i componenti delle Cooperative Mediche è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati che rappresentano gli standard aggiuntivi e non è cumulabile con quella delle altre forme associative.

Qualora al medico sia già riconosciuta un'indennità per associazionismo prevista dall'A.C.N. e dall'A.I.R., tale indennità viene conservata mentre l'indennità di cooperativa viene ridotta dell'importo previsto per l'indennità di associazionismo.

In attesa del rinnovo dell'Accordo Regionale sulle cooperative mediche, si confermano le cooperative esistenti garantendo il reintegro dei medici cessati mentre non si procede temporaneamente a ulteriori implementazioni, fatte salve situazioni in cui in determinati ambiti territoriali vi sono MMG in forme associative in estinzione e non esistono nell'ambito altre forme associative che possano assorbire questi MMG. Tali situazioni saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Aziendale della Medicina Generale nella prima seduta utile.

Eventuali accordi regionali e/o nuove indicazioni, saranno oggetto di integrazione al presente accordo.

Entro 90 gg. dalla firma del presente AIA, le cooperative esistenti dovranno sottoscrivere un accordo contratto con l'Azienda Toscana Nordovest secondo i contenuti del presente articolo.

Fino a tale data le cooperative devono rispettare gli impegni assunti con i contratti precedenti; le indennità di cooperativa saranno sospese ai mmg delle cooperative in caso di mancata sottoscrizione del contratto dal mese successivo a quello di tale scadenza, salvo singoli contratti già stipulati con scadenze successive.

La valutazione dei risultati sarà effettuata annualmente, sulla base di una rendicontazione di cooperativa, da consegnare al Dipartimento della Sanità Territoriale entro il mese di Gennaio di ogni anno.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, l'Azienda provvederà al recupero della relativa indennità di cooperativa per l'anno di riferimento degli obiettivi stessi.

Per l'anno 2018, considerato il cronoprogramma dell'Accordo, il recupero decorrerà dal mese successivo a quello della scadenza prevista per la stipula del contratto.

Progetto Demenze

In conseguenza della crescita della popolazione in età senile, la demenza è la patologia cronico degenerativa della quale nei prossimi decenni è atteso il massimo aumento (+57% nel 2030, +130% nel 2050). E' una condizione morbosa attualmente inguaribile. Il costo medio annuo per le cure formali e informali di ciascun paziente (rispettivamente il 44% e il 56%) è attualmente stimato in 21.000 euro e se ne prevede un costante incremento.

Questa linea guida sintetizza per il medico di medicina generale, il professionista che avvia il processo diagnostico-terapeutico, le indicazioni più attendibili della letteratura medica su test valutativi, trattamenti farmacologici e trattamenti non farmacologici.

Solitamente, il sospetto di un decadimento cognitivo comportamentale è posto dal medico di medicina generale, sulla base dei dati anamnestici, delle indicazioni fornite dai famigliari e di valutazioni psicometriche (intervista strutturata e Mini-Cognitive Test).

Le cooperative mediche promuovono la somministrazione del Mini-Cog Test da parte di tutti i mmg aderenti alla cooperativa ai loro pazienti di età uguale o maggiore di 65 anni con sospetto di demenza e a fine anno 2019 coordinano l'estrazione dei dati che devono contenere per ciascun medico:

- n. di pazienti di età uguale o maggiore di 65 anni;
- numero di pazienti con diagnosi di demenza;
- numero di pazienti con sospetto di demenza a cui è stato somministrato il Mini-Cog Test;
- numero di pazienti risultati dementi al Mini-Cog Test.

Il progetto prevede:

- una fase di formazione e divulgazione da fare entro fine anno 2018 e da documentare con la realizzazione di una riunione di cooperativa;
- una fase attuativa di somministrazione del Mini- Cog Test durante l'anno 2019.

Il Progetto ha finalità di interesse epidemiologico e clinico, coerente con gli obiettivi della DGRT n.1402/2017.

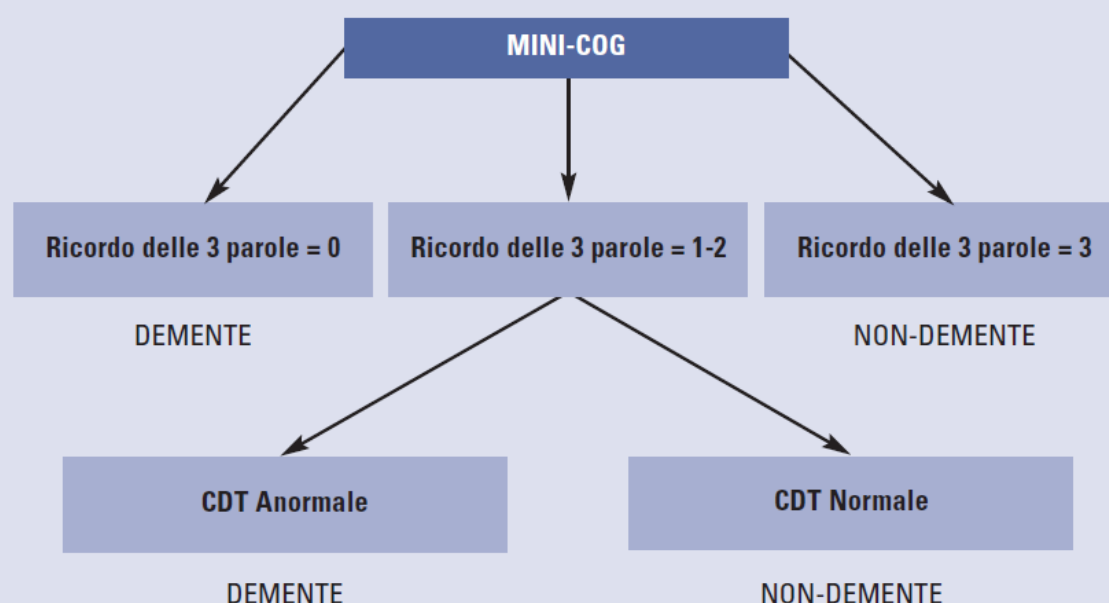
L'obiettivo si considera raggiunto per l'anno 2018 con la realizzazione della riunione formativa e divulgativa e per l'anno 2019 con l'estrazione dei dati come sopra-riportato dagli archivi di tutti i MMG della cooperativa, indipendentemente dal numero di test somministrati.

I dati dovranno essere consegnati al Dipartimento della Sanità Territoriale con le seguenti scadenze:

- entro il 31/01/2019 la documentazione della riunione (verbale e firme di presenza);
- entro 31/01/2020 la relazione conclusiva con i dati dei singoli MMG facenti parte della cooperativa; non sono richiesti dati sensibili degli assistiti.

Mini-Cog Test

1. Inizialmente si chiede al paziente di ripetere 3 parole prive di attinenza tra loro, come nel Mini-Mental State Examination (MMSE).
2. Si sottopone il paziente al test dell'orologio (CDT), chiedendo al paziente di:
 - disegnare un orologio
 - completarlo con i numeri
 - mettere le lancette alle undici e dieci(il test è considerato normale se tutti i numeri sono presenti nella sequenza e nella posizione corretta e se le lancette indicano l'ora richiesta).
3. Si chiede poi al paziente di ripetere le tre parole: il test risulta sospetto per demenza sulla base dell'algoritmo seguente:



Algoritmo del punteggio Mini-Cog.

5.6) Formazione Permanente dei Medici di Medicina Generale

La formazione rappresenta un dovere/diritto di tutti i Medici dell'Area delle Cure Primarie. Da questo anno è stato costituito nell'ambito del Dipartimento della Medicina Generale un gruppo di lavoro permanente Aziendale per la formazione, costituito da un AdF per ogni ambito territoriale della ASL Toscana-Nordovest. Compito del gruppo è quello di effettuare l'analisi dei bisogni formativi e di individuare temi di governo clinico che abbiano rilevanza sia per l'azienda sia per i MMG e temi di rilevanza scientifica-professionale specifici della medicina generale. I corsi potranno essere svolti sia in ambito di Zona-Distretto, sia in ambito interzonale (più Zone-Distretto), sia in ambito di AFT. Ogni anno ,oltre all'attività specifica sull'argomento oggetto di riunioni di AFT, dovrà essere effettuato in tutte le Zone Distretto almeno un corso di aggiornamento su temi di appropriatezza prescrittiva.

Considerando l'esiguità delle risorse regionali destinate a finanziare la formazione, pur cercando di ridurre al minimo i costi per l'organizzazione dei corsi, potrebbe rendersi necessaria una integrazione da parte aziendale del finanziamento regionale. La ASL Toscana Nord-Ovest si impegna a integrare l'eventuale bisogno di risorse aggiuntive con € 30.000 per l'anno 2018 per far fronte ad esigenze formative derivanti dal nuovo assetto organizzativo. Eventuali residui dei € 30.000 aggiuntivi non spesi nell'anno 2018, potranno essere utilizzati nell'anno 2019. Per l'anno 2019 inoltre l'ASLTNO si impegna a valutare eventuali incrementi di risorse al fine di garantire la necessaria formazione per la medicina generale.

5.7) Prenotazione CUP

L'azienda, in attesa di normativa regionale e indicazioni in merito, ritiene opportuno mantenere le esperienze esistenti al fine di garantire la continuità del servizio.

5.8) Uso di ambulatori pubblici da parte dei MMG

L'A.C.N. per la medicina generale, art.35 comma 11, consente l'uso da parte dei medici di medicina generale degli ambulatori pubblici dell'ASL eventualmente disponibili, delegando agli Accordi Regionali l'entità e la modalità del recupero spese da parte dell'Azienda.

L'accordo regionale per la medicina generale n.1015 del 17/10/2005 stabilisce quote di compensazione comprese fra un minimo di Euro 3,00/ora e un massimo di Euro 7,50/ora, prevedendo anche la possibilità di stabilire a livello aziendale pacchetti forfettari.

Attualmente nella ASL Nord Ovest vige una situazione estremamente diversificata che si è sviluppata nel tempo nelle varie ex ASL per esigenze locali; al fine di perseguire uniformità in ASL TNO si stabiliscono i seguenti criteri generali:

- concessione gratuita dell'ambulatorio ai Medici di Medicina Generale negli ambiti montani, insulari e nelle zone comunque disagiate; la concessione gratuita deve essere autorizzata previo parere positivo del Comitato Aziendale;

- ambulatori in sedi distrettuali che non siano Case della Salute, dati in uso ai MMG per attività ambulatoriali svolte nell'ambito dell'attività convenzionata: Euro 5,00/ora, calcolato su un massimo di ore settimanali non superiore al numero di ore minimo che il MMG deve effettuare in base al numero degli assistiti;

- ambulatori presso Case della Salute dati in uso ai MMG per attività ambulatoriale nel rispetto della DGRT 117/2015: Euro 3,00/ora calcolato su un massimo di ore settimanali non superiore al numero di ore minimo che il MMG deve effettuare in base al numero degli assistiti; la tariffa è inferiore alla precedente al fine di favorire l'inserimento dei MMG in forma organizzata all'interno delle Case della Salute;

ai MG che svolgono la loro attività della Casa della Salute potranno essere attribuiti dal Direttore di Zona Distretto obiettivi da concordare con specifici accordi a copertura parziale o totale degli oneri richiesti per l'uso dei locali della Casa di Salute.

Tali accordi dovranno essere approvati dal Comitato Aziendale della Medicina Generale;

- offerta gratuita dell'ambulatorio in caso di disponibilità di locali nei quali il Medico di Medicina Generale svolge attività non prevista dalla convenzione, ma altre attività stabilite da programmi-progetti aziendali per le quali le Zone Distretto possono aver disposto l'attribuzione anche di

compensi al medico. Tali attività, se correlate a impegno orario definito, possono essere svolte soltanto nel rispetto del massimale del medico;

- per favorire l'utilizzazione di strutture pubbliche (Presidi Distrettuali, Case della Salute, ecc.) sono esentati dalla compensazione per l'uso dei locali i medici di assistenza primaria con un numero di assistiti inferiore a 250; è concessa inoltre l'offerta gratuita delle strutture per lo svolgimento della Sanità di Iniziativa e di altre attività concordate con l'azienda e/o con la Zona-Distretto.

Considerata la difformità della situazione esistente per quanto riguarda l'entità delle quote di compensazione e gli impegni a suo tempo assunti sia dai MMG che dalle ex ASL si concorda un'applicazione graduale e differenziata nel tempo, così come specificato:

- per le nuove richieste: applicazione immediata;

- per i MMG che attualmente pagano compensi superiori agli attuali: riallineamento e quindi applicazione della nuova tariffa dal mese successivo alla sottoscrizione dell'accordo;

- per i MMG che attualmente pagano compensi inferiori: riallineamento graduale alla nuova tariffa più alta, con mantenimento dell'attuale fino a fine anno 2018, incremento intermedio tra l'attuale tariffa e la nuova più alta con decorrenza 01/01/2019 e completo riallineamento con applicazione della nuova tariffa definita con il presente AIA dal 01/01/2020.

-

Art.6 Norme Transitorie

Il presente Accordo supera e fa decadere tutti i precedenti Accordi delle ex ASL.

Eventuali criticità derivanti dalla decadenza dei precedenti accordi, se relative ad aspetti non contemplati nel presente AIA, saranno portate all'attenzione del Comitato Aziendale per un parere prima della decisione della Direzione Aziendale, al fine di evitare possibili ed importanti disservizi per i cittadini e potranno essere oggetto di integrazione per specificità di Zona-Distretto, previa presentazione e valutazione all'interno del Comitato Aziendale.

Tutti i Medici di CA partecipano al raggiungimento degli obiettivi di AFT nei modi che saranno definiti nell'apposito accordo di settore.

Letto, approvato e sottoscritto

Pisa

Parti Firmatarie

Delegazione di Parte Aziendale

Il Direttore Generale ASL TNO Dott.ssa M.Teresa De Lauretis

Delegazione di Parte Sindacale

FIMMG Dr Pasquale Cagnetta

FIMMG Dr Lorenzo Mencacci

FIMMG Dr Paolo Monicelli

FIMMG Dr Fabio Rizzo

FIMMG Dr Alessandro Squillace

SNAMI Dr Alessio Lambardi

SNAMI Dr Mario Neri

INTESA SINDACALE Dr Daniele Spina

SMI Dr Franco Fontana

Allegato A)

La prevalenza della fibrillazione atriale è circa il doppio di quella riportata in letteratura, la terapia anticoagulante orale è tuttora sottoutilizzata. Questi e altri i risultati della survey italiana sui percorsi diagnostici e terapeutici per la cura della fibrillazione atriale, realizzata dall'Area Aritmie dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

La FA sta assumendo un interesse sempre maggiore, per l'incremento dell'età media della popolazione del mondo occidentale, per un migliore accesso alle strutture sanitarie e per le nuove opportunità terapeutiche che si stanno affermando. Tale interesse è ancora più enfatizzato dall'impatto che tale patologia ha sulla morbilità e sulla mortalità che, a loro volta, comportano notevoli conseguenze socioeconomiche in relazione alle cure, ai ricoveri ospedalieri e alla disabilità. La conoscenza, quindi, dell'epidemiologia e la storia naturale di questa patologia diventa, dunque, fondamentale per impostare strategie di popolazione che ne riducano, in qualche modo, l'incidenza e l'impatto sociale. La figura fondamentale, tra i tanti operatori tutti importanti e necessari per la gestione del processo, risulta però essere il medico di medicina generale (**MMG**) **che, dotato degli strumenti e delle linee guida necessari, ha le potenzialità per produrre indubbi vantaggi sia in termini di benessere sia in termini di risparmio della spesa sanitaria.**

La FA, infatti, è l'aritmia sostenuta più frequente nella pratica clinica. La malattia reumatica e in particolare la valvulopatia mitralica hanno rappresentato per molto tempo la causa più frequente di FA. In casistiche derivate da centri cardiocirurgici, il 45% dei pazienti con stenosi mitralica e il 75% di quelli con insufficienza mitralica avevano una FA in confronto all'1% dei pazienti con stenosi aortica. Oggi, invece, le cause più frequenti di riscontro della FA sono rappresentate dall'ipertensione arteriosa che si riscontra tra il 50 e il 65% dei pazienti affetti da FA 1, il diabete mellito (15-20%) 9 e l'ipertiroidismo (15%). Tale aritmia è rara nei pazienti con età < 60 anni 10. La prevalenza della FA nei principali trial sull'insufficienza cardiaca varia dal 9,6% (SOLVD) 11 al 49,8% (CONSENSUS) 12. Nei pazienti con insufficienza cardiaca la prevalenza di FA è così suddivisa: • 10-26% in classe NYHA II; • 20-29% in classe NYHA III; • 50% in classe NYHA IV. Inoltre tale aritmia può comparire in una percentuale di circa il 26,7% dei casi in pazienti sottoposti a interventi di chirurgia toracica 13. Nello studio, recentemente pubblicato, condotto nel 2011 dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e dall'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), che ha coinvolto 233 MMG equamente distribuiti nelle varie parti d'Italia, la FA è presente nel 2,04% delle persone dai 15 anni in su 16. Estrapolando questo risultato all'intera popolazione italiana con età ≥ 15 anni, si ottiene una prevalenza della FA dell'1,85%, dato questo quasi doppio rispetto a quello riportato in precedenti studi simili 17. Al di là di eventuali differenze di età nella popolazione studiata (gli ultrasessantacinquenni sono il 24% nello studio SIMG-ANMCO e il 15% nello studio scozzese), questi dati sottolineano come nel corso degli anni sia aumentata la capacità del MMG di sospettare e diagnosticare una FA, nonostante l'assenza o la scarsità di sintomi indicativi della patologia (1 caso su 4 secondo lo studio). Lo studio SIMG-ANMCO conferma l'aumento di prevalenza dell'aritmia con il passare degli anni, dallo 0,16% fino ai 50 anni al 10,65% sopra gli 85 anni (Fig. 1) e l'ipertensione arteriosa (67,2%), il diabete (22,4%) e una cardiopatia valvolare (12,2%) fra le patologie più frequentemente associate alla FA. La prevalenza dei diversi tipi di FA in Europa è descritta dallo studio Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation condotto dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) su 5.334 pazienti (852 in Italia) reclutati dal 2003 in 182 centri cardiologici Europei (57% in ospedale e 33% in ambulatorio) 18. Tale studio evidenzia che la FA parossistica ha una prevalenza del 36% di tutti i casi di FA, la persistente del 28% e infine la permanente del 36%. Da un altro studio condotto in Germania fra medici corrispondenti ai MMG italiani, la prevalenza della FA parossistica è del 25%, della persistente del ≤ 50 aa E