



Sant'Anna

Scuola Universitaria Superiore Pisa



Gli Accordi Integrativi Aziendali per la Medicina Generale: un confronto tra le tre Asl della Regione Toscana.



Regione Toscana

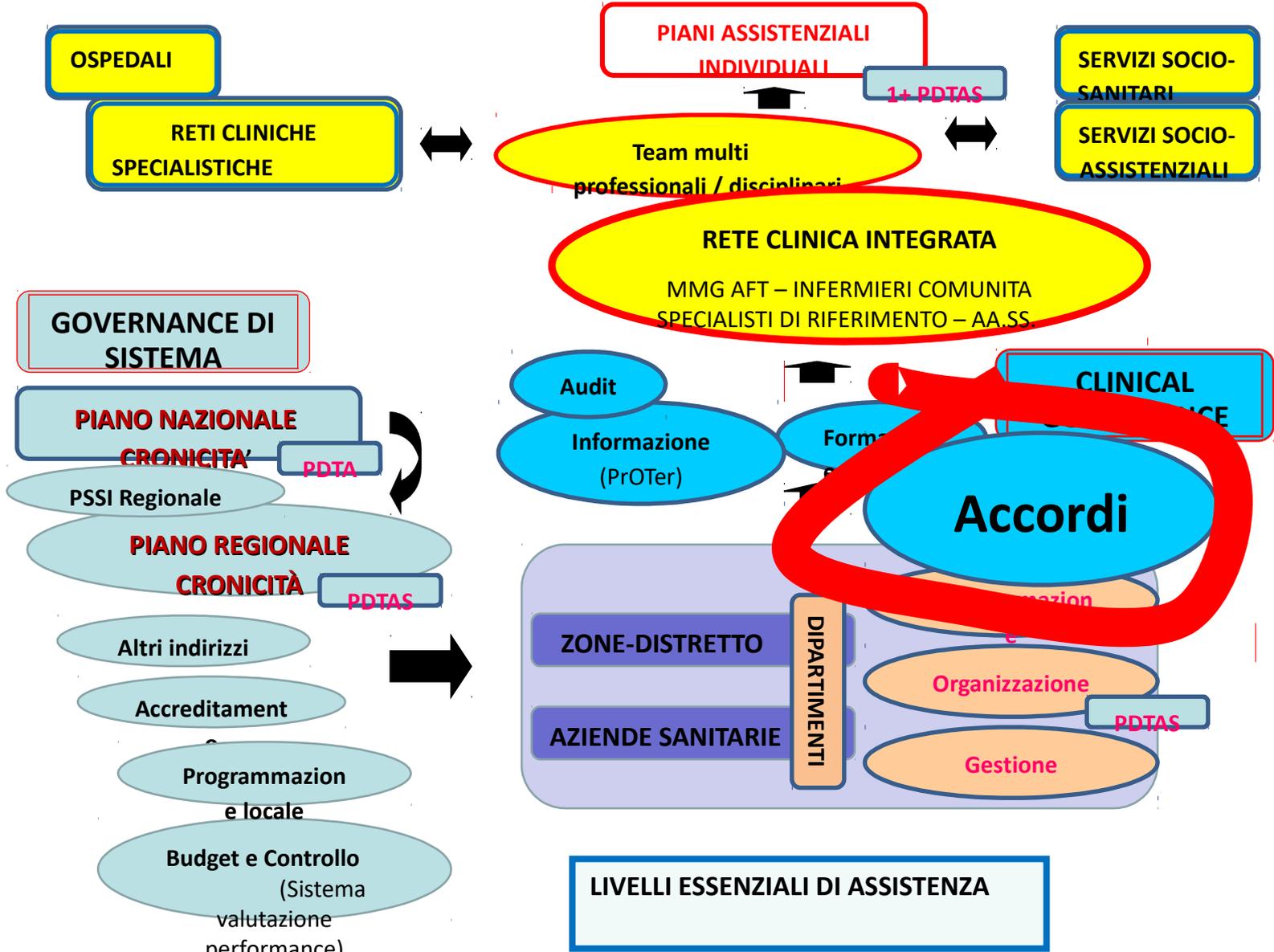


WORKSHOP

"La governance delle cure primarie per la gestione delle cronicità: framework e strumenti - il ruolo del middle management"

22 novembre 2018

Sala Blu - "Il Fuligno" Centro Servizi Formativi (Via Faenza, 48) Firenze



LA GOVERNANCE PER LA MG: la situazione prima del 2014

Strumenti contrattazione
Strumenti manageriali

Accordo Collettivo Nazionale (ACN)

Accordo Integrativo Regionale (AIR)

Accordo
Integrativo
Aziendale (AIA)

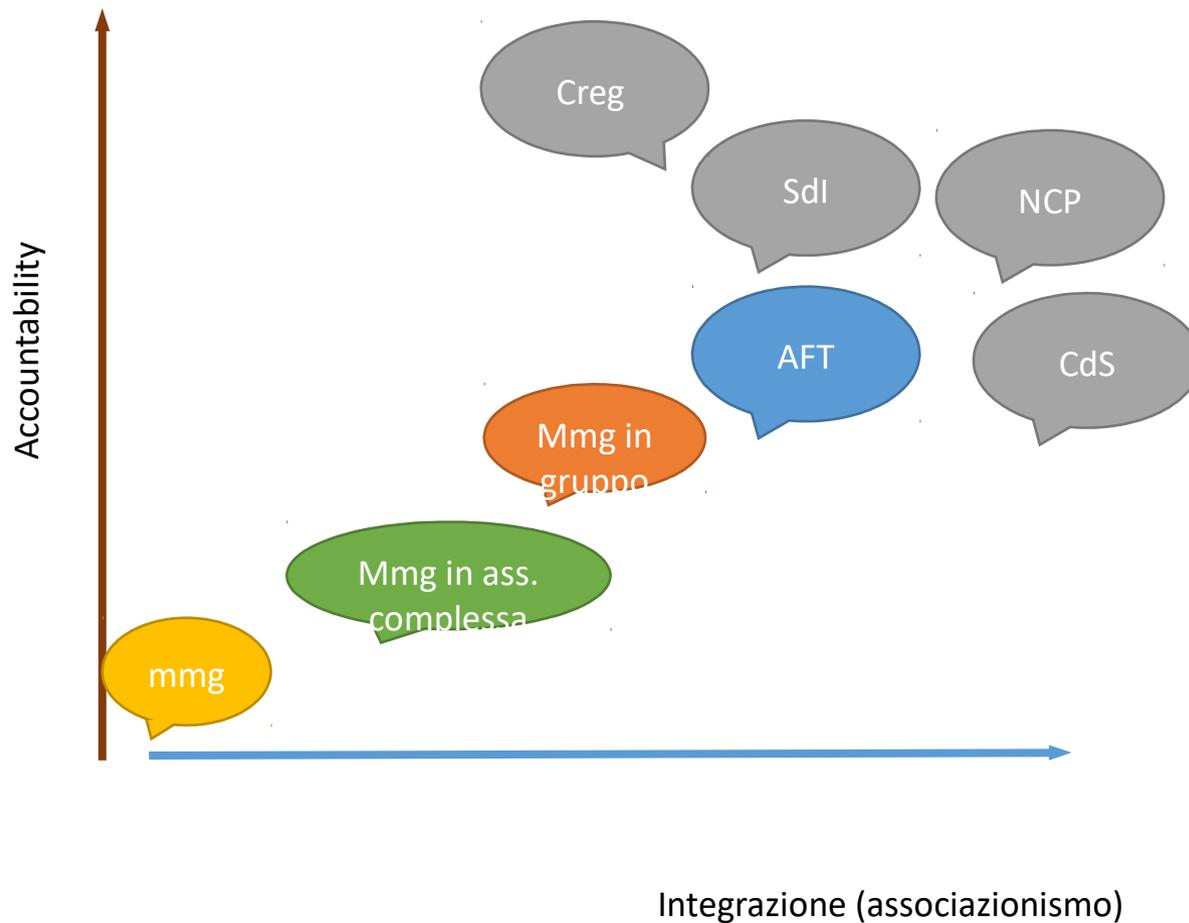
Accordo
Integrativo
Aziendale (AIA)

Accordo
Integrativo
Aziendale (AIA)



L'AIA costituisce uno degli
elementi di programmazione per
i MMG. Il budget è considerato
all'interno di un accordo
sindacale.

Linee evolutive della medicina generale

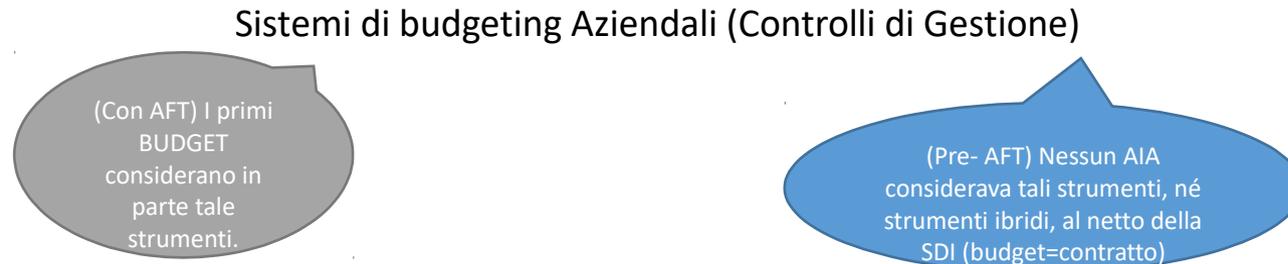


LA GOVERNANCE PER LA MG: GLI STRUMENTI IN REGIONE TOSCANA dopo il 2014

Strumenti contrattazione



Strumenti manageriali



GLI AIA A CONFRONTO DAL 2018



Download from
Dreamstime.com

This watermarked comp image is for previewing purposes only.

ID 84569058

© Teguh Jati Prasetyo | Dreamstime.com

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;

Manfredi *Alfonso*

Area contrattuale: MEDICI DI MEDICINA GENERALE	Tipo documento: ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE	Data: 28/06/2018
Descrizione: Accordo Amiativo Aziendale Medici di Assistenza Primaria di Medicina Generale Anno 2017-2019. Revisione anno 2018		

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale

Per la parte pubblica:

Il Direttore Generale <i>Dr. Paolo Marzillo Marbone</i> o suo Delegato <i>Dr. Piero Salvadori</i>	<i>Piero Salvadori</i>
Il Direttore Rete Sanitaria Territoriale f.f. e Direttore S.A.S. Pistoiese <i>Dr. Daniele Manenti</i>	<i>Daniele Manenti</i>
Il Direttore Area Assistenza Sanitaria e Continuità <i>Dr. Mario Bonini</i>	<i>Mario Bonini</i>
Il Dirigente SOS MMG <i>Dr.ssa Loredana Lazgara</i>	<i>Loredana Lazgara</i>
Il Direttore Area Personale Convenzionato <i>Dr. Dario Ranaglia</i>	<i>Dario Ranaglia</i>
Il Dirigente SOS Sanitari di Base <i>Dr. Alessandro Pecchioli</i>	<i>Alessandro Pecchioli</i>
Il Dirigente Direzione Presidi Ospedaliero <i>Dr.ssa Sibilla Guarinioli</i>	<i>Sibilla Guarinioli</i>
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona Firenze <i>Dr. Lorenzo Baggiani</i>	<i>Lorenzo Baggiani</i>

Per la parte sindacale:

Rappresentanti FIMMG: Capo Delegazione <i>Dott. Vittorio Basterini</i>	<i>Vittorio Basterini</i>
<i>Dott. Alessandro Benelli</i>	<i>Alessandro Benelli</i>
<i>Dott. Luciano Fanciullacci</i>	<i>Luciano Fanciullacci</i>
<i>Dott. Alessio Nastrozzi</i>	<i>Alessio Nastrozzi</i>
<i>Dott. Massimo Nicolai</i>	<i>Massimo Nicolai</i>
Rappresentante SNAMI: Capo Delegazione <i>Dott. Giannina Mancini</i>	<i>Giannina Mancini</i>
<i>Dott. Giovanni Salvestrini</i>	<i>Giovanni Salvestrini</i>
Rappresentante SME: <i>Dott. Filippo Simonelli</i>	<i>Filippo Simonelli</i>
Rappresentante INTESA SINDACALE: Capo Delegazione <i>Dott. Paolo Michele Olla</i>	<i>Paolo Michele Olla</i>



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 117 DEL 07/02/2018

Il Direttore Generale, Dott. Enrico Desideri
su proposta della struttura aziendale
U.O.C. Convenzioni Uniche

adotta la seguente deliberazione:

OGGETTO: A.C.N. Medicina Generale e Accordo Integrativo Aziendali della ASL Toscana Sud Est triennio 2018/2020

Responsabile della struttura proponente: Troisi Ignazio

Responsabile del procedimento: Troisi Ignazio

• Asl	• Pag.	• Data	• Validità
• Toscana Nord Ovest	• 27	• 01/08/2018	• 2018-29
• Toscana Centro	• 14	• 28/06/2018	• 2018-19
• Toscana Sud Est	• 94	• 07/02/2018	• 2018-20

**GLI AIA A
CONFRONTO**

Art.1 Premessa e durata dell'Accordo

Art.2 Campo di applicazione

Art. 3 Quadro normativo di riferimento

Art. 4 Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

Art. 5 Contenuti

obiettivi di salute

appropriatezza prescrittiva farmaceutica

riunioni di AFT

indennità di associazionismo, collaboratore di studio o infermiere

cooperative mediche

formazione

prenotazione CUP

uso di ambulatori pubblici

Art. 6 Norme Transitorie

Allegato A

ASL TOSCANA CENTRO
ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA DI
MEDICINA GENERALE ANNO 2017-
2019. REVISIONE ANNO 2018

TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI

- Art. 1 Campo di applicazione
- Art. 2 Quadro normativo di riferimento
- Art. 3 Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

TITOLO II RELAZIONI SINDACALI

- Art. 4 Delegazioni trattanti e diritti sindacali

TITOLO III FINANZIAMENTO ACCORDO

- Art. 5 Finanziamento
- Art. 6 Fondo di appropriatezza prescrittiva

TITOLO IV DEFINIZIONE OBIETTIVI, PROGRAMMI, PROGETTI

- Art. 7 Retribuzione di risultato
- Art. 7 bis Retribuzione di risultato singolo MMG
- Art. 7 ter Presenze riunioni di AFT
- Art. 7 quater Retribuzione risultato Associazione (gruppo, associazione complessa, rete)
- Art 7 quinquies Retribuzione risultato AFT
- Art. 8 Sviluppo forme associative
- Art. 9 Favorire l'integrazione tra medici a rapporto di fiducia e medici a rapporto orario
- Art. 10 Incrementare l'attività amministrativa necessaria per l'attività clinica
- Art. 11 Fondi di Ex-ASL
- Art. 12 Fondi cooperative e Progetti innovativi
- Art. 13 Indennità di cooperativa

TITOLO V ORGANIZZAZIONE

- Art. 14 Dipartimento della Medicina Generale e Aggregazioni Funzionali Territoriali
- Art. 15 Assistenza domiciliare integrata e programmata
- Art. 16 Case della Salute
- Art. 17 Distribuzione risorse e obiettivi anno 2018
- Art. 18 Varie

ALLEGATO A

INCREMENTARE L'ATTIVITA' AMMINISTRATIVA NECESSARIA PER L'ATTIVITA' CLINICA

- Art. 1 Servizi amministrativi che potranno essere oggetto di delega
- Art. 2 Indennità di supporto amministrativo
- Art. 3 Indennità amministrativa per prenotazioni

ALS TOSCANA SUD EST
DELIBERAZIONE DEL DG N. 117 DEL
07/02/2018

0. PreAccordo per la definizione di un Accordo quadro integrativo Aziendale 2017 triennale tra la Asl Toscana Sud Est e le OO.SS. Della Medicina Generale

1. Consolidamento ed espansione di alcune figure di governo clinico del territorio – 19/01/2018

1.1 Coordinatore clinico del Distretto – 26/01/2018

2. Consolidare l'Aggregazione Funzionale Territoriale mediante la Realizzazione della reale integrazione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici della Continuità Assistenziale, attraverso la collaborazione professionale e modelli organizzativi – 14/11/2017

Allegato al capitolo 2 dell'AIA Integrazione tra Assistenza Primaria e Continuità assistenziale – 19/01/2018

3. Presa in cura dei malati, in particolare cronici e complessi con modelli innovativi e integrati, di Medicina di Iniziativa – 31/10/2017

3.1 Sanità di Iniziativa. Tabella e modalità di pagamento dei fattori di produzione messi a disposizione dai medici – 26/01/2018

3.2 ACCORDO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LE ATTIVITA' CONNESSE AL PROGETTO «SANITA' DI INIZIATIVA» - 26/01/2018

ALS TOSCANA SUD EST
DELIBERAZIONE DEL DG N. 117 DEL
07/02/2018

4. **Sviluppo/completamento della rete di sedi comuni per ogni AFT – 10/01/2018**
 - 4.1 ALLEGATO. Casa della Salute. Schema per la stesura della Convenzione – 26/01/2018

5. **Servizi richiesti alla Medicina Generale**
 - 5.1 Progetto «Dove si prescrive si prenota» in Medicina Generale – 19/01/2018
 - 5.2 CONVENZIONE-CONTRATTO TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LE ATTIVITA' CONNESSE AL PROGETTO «DOVE SI PRESCRIVE SI PRENOTA» - 06/12/2017

6. **Obiettivi di salute**

7. **Regolamentazione attribuzione indennità -06/12/2017**

8. **Cooperative mediche – 10/01/2018**

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

	Toscana Nord Ovest	Toscana Centro	Toscana Sud Est
• Contenuti			
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Basso
• AFT e Dipartimento	• Alto	• Alto	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Basso	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Basso	• Medio	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Basso	• Basso	• Alto
• AFA	• Alto	• Basso	• Basso
• Case della Salute	• Basso	• Medio	• Alto
• Obiettivi di salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Medio	• Alto	• Alto
• Formazione	• Alto	• Basso	• Medio
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

A word cloud centered around the word "Incentives". The word "Incentives" is the largest and most prominent, written in a bold, red, sans-serif font. Surrounding it are various other words in different sizes, colors (including green, yellow, orange, and brown), and orientations. The words are arranged in a roughly circular pattern around the central word. Some words are oriented vertically, while others are horizontal. The overall composition is dense and visually appealing.

encouragement
attract employee benefit product goal sale stimulus
advertise
workers motivation
attribution
money new save human
resources
program
reward
client prize gift promotion advertising value marketing retention
extra
sell additional
premium talent
discount customer
meeting bonus motivate management
business

DOVE ERAVAMO TRA IL 2014 E IL 2015?

Dimensione	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 5	Azienda 6
Anno e mese di stipula e durata (tempistica della programmazione)		Per il 2014 si replica AIA 2013	firma 05/09/2014	firmato 03/05/2014 vale anche 2013
Livello di definizione del Centro di Responsabilità (singolo, associazione, AFT, misto)		Singolo e AFT; tabella interessante di condivisione del rischio tra mmg, AFT e ASL	Incentivo va la singolo, ma CdR è su AFT; convisione del rischio buona	Incentivo al singolo, AFT utilizzata per confronto e target
Scheda di budget distinta		Non presente una scheda distinta; budget art 15	Non presente una scheda distinta; obiettivi di AFT art 12	No scheda distinta; budget art 13
Tipologia di obiettivi		Quantitativi	Quantitativi	Quantitativi
Domini degli obiettivi		Farmaceutica (80%) Diagnostica 15% Vaccinazioni 5%	Farmaceutica, Specialistica, Distribuzione Diretta	Farmaceutica, Specialistica, Laboratorio, Ricoveri, ADI-ADP; Sanità di Iniziativa; Accessi al PS
Declinazione degli obiettivi	pesatura targhettizzata, obiettivo no	Non targhettizzati; lineari	Si dichiara declinazione per ogni AFT ma non presente	Si dichiara declinazione per ogni AFT omogenea (es. differenza tra AFT vicino a PS o AFT isola) ma non presente
Tipologia di incentivazione		Monetaria	Monetaria	Monetaria
Schema di incentivazione		Pesi in percentuale	Non presente una pesatura	Non presente una pesatura
Reportistica		Non si cita	Non si cita	Reportistica del settore farmaceutica
Coerenza con sistema di budget aziendale		Coerente, ma ribaltato	Coerente	Coerente
Fondo Aziendale		Si	Si	No
Varie ed eventuali	tempistica sfasata tra AIA e scheda di budget. su AIA non si parla di AFT.	budget inteso come "obiettivi ponderati" art 15; si incentiva la partecipazione agli incontri di AFT con rimborso economico di 300 euro ogni 6 incontri		
tipologia secondo ricerca		spesa (trade union) ma con condivisione del rischio	spesa (trade union) ma con condivisione del rischio	quasi governo clinico senza condivisione del rischio

Dimensione	Azienda 9	Azienda 11	Azienda 12
Anno e mese di stipula e durata (tempistica della programmazione)	AIA 2013 scheda di budget 2014-2016	AIA 2014 con valenza 2014 e 2015	AIA 2014 con valenza 2014 e 2015
Livello di definizione del Centro di Responsabilità (singolo, associazione, AFT, misto)	AFT	misto (budget AFT+ migliori pratiche AFT e MMG)	AFT
Scheda di budget distinta	distinta da AIA (con documento di commento)	art 17 dell'AIA+ art 18 e art 18bis	allegata all'AIA
Tipologia di obiettivi	quantitativi (sia di spesa sia di assistenza)+ sviluppo (formazione e organizzazione)	quantitativi (sia di spesa sia di assistenza)	quantitativi (sia di spesa sia di assistenza)
Domini degli obiettivi	sostenibilità (farmaceutica 20%+specialistica5%);domanda 5%;spesa altro5%;efficacia territorio 20%; cronicità 15%;SI5%sviluppo5%;salute5%; prevenzione15%)	budget:farmaceutica+specialistica; migliori pratiche: farmaceutica (30)+specialistica (25);ricoveri cronici(9);fughe(6);priorità (20); trasporti (10)	farmaceutica (50%) specialistica (25%) ricoveri (8,3%), PS (8,3%) o trasporti (8.3%), vaccino (8.3%)
Declinazione degli obiettivi	si cita targettizzato ma non presente	targettizzato sullo storico per AFT	non specificato, si intende targettizzato
Tipologia di incentivazione	incentivo monetario (AIA); sulla scheda di budget non chiaro	incentivo monetario (per AFT decide il coordinatore come distribuirlo)	3,5 per assistito non in forma monetaria diretta, ma compensi per miglioramento
Schema di incentivazione	Pesi in percentuale	Pesi in percentuale	pesato e indicatori opzionali
Reportistica	si cita ma non presente	esistente	esistente
Coerenza con sistema di budget aziendale	coerente con PES e AIR	coerente sia con PES che con AIR	coerente sia con PES che con AIR
Fondo Aziendale	Sì, su AIA per farmaceutica e diagnostica	Sì, € 884.645,00 (compreso oneri aziendali) 50.000 aft +50.000mmg	Sì (250.000 euro)
Varie ed eventuali	due tipologie di obiettivi; con budget si intendono i tetti di spesa su farmaceutica e specialistica (AIA); si valutano obiettivi di qualità assistenziale nella scheda di budget. Documento commentato su scheda di budget e programmazione. Non definite le regole e sanzioni.	due tipologie di obiettivi; con budget si intendono i tetti di spesa su farmaceutica e specialistica; si valutano poi migliori pratiche su Aft e MMG con obiettivi clinico assistenziali	
tipologia secondo ricerca	clinical governance con condivisione del rischio	quasi clinical governance con condivisione del rischio	clinical governance con condivisione del rischio

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso	Punteggio
Farmaceutica	Spesa pro capite totale per AFT	2014	
	• budget		
	• 189		
	• 184,08		
	• 198,28		
• AFT1/Empoli			
• AFT2/Montelupo-Vinci			
• AFT3/Montespertoli-Castelfiorentino			
• AFT4/Castelfranco-Santa Croce	• 190,58		
• AFT5/Fucecchio-Cerreto	• 185,7		
• AFT6/San Miniato-Montopoli	• 201,02		
• AFT7/Certaldo-Gambassi-Montaione	• 204,78		• 25
• spesa per Nutrizione Artificiale (solo orale)soltanto orale)	riduzione del 50% dato 2013		• 5
• Specialistica	• Volume totale in euro prestazioni-flusso SPA erogate da chiunque a residenti ASL11 / popolazione residente ASL11 (al 31 dic 2013)	Riduzione 5 %	• 20
	• Tasso di prestazioni diagnostica per immagini (n° prest. / popolazione residente)	< = media RT	• 5
• Ricoveri malattie croniche	• Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	< = media RT	• 3
	• Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	< = 40	• 3
	• Tasso di ospedalizzazione Scopenso per mille residenti (50-74 anni)	< = 143,87	• 3
• Attrattività per i residenti AUSL	Riduzione delle fughe ambulatoriali e per ricovero	Diminuzione media biennio 2012 – 2013	• 6
• Criteri di priorità definiti con il Decreto 2735/2012 e con la DGRT 493/2011	25 % breve, 45 % differita, 30 % programmata	Scostamento massimo del 10 % dallo sta	• 20
• Trasporti sanitari ordinari	• Tasso prescrizione ogni 100 assistiti pesati	riduzione del 5% dato 2013	• 10
	•	•	• 100
	•	•	

Allegato 1: schema di scheda di budget di AFT.

Obiettivo	Peso	NOTE
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica		
Ob.1) Rispetto del livello di spesa programmato: collocazione entro la spesa procapite lorda regionale convenzionata. Si calcola sul volume "prescritto" dai medici della AFT.	150	In caso di collocazione tra la media regionale e +3 % verrà assegnato punteggio 75%
Ob.2) Rispetto obiettivi di appropriatezza : Un obiettivo è comune a tutte le AFT ed è scelto dall'asl, mentre ogni AFT sceglie 2 tra gli altri 4 obiettivi individuati, e riportati nella specifica scheda sugli obiettivi di appropriatezza. Si calcola sul volume "prescritto" dai medici della AFT.	300	Per ciascun obiettivo non raggiunto, verrà assegnato un punteggio del 50% in caso di valore comunque migliore di quello medio aziendale
Ob.3) Rispetto del livello di spesa programmato complessivo, spesa convenzionata nelle farmacie esterne + consegna diretta + dpc: collocazione entro media aziendale calcolata sul "consumato" degli assistiti.	100	In caso di collocazione tra la media aziendale e +3 % verrà assegnato punteggio 50
Ob.4) Segnalazione di reazioni avverse a farmaci; obiettivo: almeno 1 segnalazione l'anno per AFT.	50	

Appropriatezza prescrittiva specialistica		
Ob.5) Spesa procapite specialistica complessiva (flusso SPA depurato dal flusso SPR che riguarda la riabilitazione ex art.26,) entro valore programmato, considerato quello medio aziendale. Si calcola sul volume "consumato" dagli assistiti della AFT.	50	In caso di collocazione sopra il valore programmato ma entro un incremento del +3 % verrà assegnato il 50% del punteggio previsto
Ob.6) <i>Spesa procapite di laboratorio</i> entro valore programmato, considerato quello medio aziendale	50	In caso di collocazione sopra il valore programmato ma entro un incremento del +3 % verrà assegnato il 50% del punteggio previsto
Ob.7) <i>Spesa procapite di laboratorio</i> per alcuni esami considerati "meno utili", e cioè FT4, CEA, VitD, PSA libero; obiettivo: riduzione di almeno il 20% della spesa rispetto all'anno precedente, da valutare sul "prescritto" dai mmg dell'AFT.	50	In caso di riduzione della spesa collocata tra -10% e -20% verrà assegnato il 50% del punteggio previsto
Ob.8) 8a - Spesa procapite di Radiodiagnostica entro valore programmato, considerato quello medio aziendale. <i>Oppure (a scelta da parte del coordinatore di AFT o dell'ASL)</i> 8B - numero procapite di RMN muscolo-scheletriche per Ultra65enni entro valore programmato, considerato quello medio aziendale. Entrambi si calcolano sul volume "consumato" dagli assistiti dell'AFT.	100	In caso di collocazione sopra il valore programmato ma entro un incremento del +3 % verrà assegnato il 50% del punteggio previsto

Appropriatezza prescrittiva di Ricovero		
Ob.9) Spesa pro-capite per ricovero. 9a - spesa pro-capite per tutti i ricoveri; <i>Oppure (a scelta da parte del coordinatore di AFT o dell'ASL)</i> 9b- numero pro-capite di ricoveri per scompenso cardiaco o, a scelta, per BPCO o, a scelta, per Ictus Il riferimento è la media aziendale	50	In caso di collocazione sopra il valore programmato ma entro un incremento del +3% verrà assegnato il 50% del punteggio previsto
Ob.10) 10a - Tasso di accesso al pronto soccorso: uguale o inferiore a quello medio aziendale (se possibile va considerato il dato di accessi "non seguiti da ricovero") <i>OPPURE (a scelta da parte del coordinatore di AFT o dell'asl)</i> 10b - Spesa per trasporti sanitari ordinari: uguale o inferiore a quella <u>media aziendale dell'anno precedente</u> , calcolata sul volume "prescritto" dai mmg dell'AFT, rapportata a 1.000 assistiti.	50	In caso di collocazione sopra il valore programmato ma entro un incremento del +3% verrà assegnato il 50% del punteggio previsto.
Ob.11) Vaccinazione antinfluenzale: tasso di copertura negli ultrasessantacinquenni uguale o superiore al 75%	50	In caso di copertura compresa tra 70% e 75% verrà assegnato punteggio 25
Totale punteggio ottenibile	1.000	

AREA TEMATICA	Struttura di supporto per elaborazione dati	INDICATORE	OSSERVAZIONE / VALUTAZIONE	LIVELLO DI ANALISI A=Azieda Z=Zero AFT= Aggregazione Funzionale Territoriale MMG=Medico di Medicina Generale	RIFERIMENTO AZIENDALE	VALORE ATTESO	PESO
Farmaceutica	Farmaceutica territoriale	Spesa (lorda) / 1000 ab.	Valutazione	A; Z; AFT; MMG		Vedi nota	20
		N° ricette / 1000 ab.	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		N° pezzi / 1000 ab.	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		Indicatori di appropriatezza prescrittiva	Valutazione	A; Z; AFT; MMG	Vedi nota	Vedi nota	20
Ricoveri ospedalieri	Gruppo report	Spesa / 1000 ass.ti	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti *	Osservazione	A; Z; AFT; MMG	126,35	<= 120	
		Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia (SCC)	Valutazione	A; Z; AFT; MMG	113,96	<= 130,68	5
		Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia (DIABETE)	Valutazione	A; Z; AFT; MMG	17,30	<= 16,7	5
		Tassi di ospedalizzazione specifici per patologia (BPCO)	Valutazione	A; Z; AFT; MMG	15,80	<= 22,49	5
		%le fughe extraregionali specialità chirurgiche di base	Valutazione	A; Z; AFT; MMG		<=12%	5
Accessi (ADP,ADI,ADR)	ASC	%le popolazione anziana in AD sanitaria: aumento copertura	Osservazione	A; Z		>5%	
		%le popolazione anziana in AD: aumento copertura	Osservazione	A; Z		>10%	
Ausili e Presidi	Recupero e Riabilitazione Funzionale	N° presidi/MMG/1000 ab. ti	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		Costo presidi/MMG/1000 ab. ti	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		N° di pazienti trattati / 1000 ab	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
AFA	Medicina dello Sport	N° pazienti inviati ai corsi AFA a bassa disabilità / 1000 ab.ti	Valutazione	A; Z; AFT		+5%	3
		N° pazienti inviati ai corsi AFA ad alta disabilità / 1000 ab.ti	Valutazione	A; Z; AFT		+5%	1
Copertura vaccinazione antinfluenzale	ASC/Gruppo report	Copertura per vaccino antinfluenzale	Valutazione	A; Z; AFT; MMG		>= 75%	5
Trasporti sanitari	Gruppo report	N° prescrizioni / 1000 ab	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		Costo trasporti san. / 1000 ab.	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
		Tipologia trasporto: ambulanza, mezzo attrezzato	Osservazione	A; Z; AFT; MMG			
Donatori sangue	Trasfusionale / Gruppo report	Tasso di donazioni per sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	Osservazione	A; Z; AFT; MMG	106	> 132	
Screening	Screening / Gruppo report	% adesione / 1000 per gli screening di prevenzione oncologica (COLON RETTO)	Valutazione	A; Z; AFT; MMG	60,73%	>60%	5
		% adesione / 1000 per gli screening di prevenzione oncologica (MAMMELLA)		A; Z; AFT; MMG	80,07%	>80%	5
		% adesione / 1000 per gli screening di prevenzione oncologica (CERVIC UTERINA)		A; Z; AFT; MMG	75,25%	>70%	5
Organizzazione territoriale	Staff	Avvio di almeno una AFT H16	Valutazione	AFT	si/no	si	Prerequisito
Carta Sanitaria Elettronica	Gassa	Aumento attivazioni da sportelli aziendale e farmacie territoriali	Valutazione	A;Z;AFT	Anno 2012: da verificare	>= 60% o, se inferiore, almeno il 20% in più del 2012	10
E-prescription	Gruppo report	Messa a regime attivazioni	Valutazione	A	Percentuale attivazioni	100%	Prerequisito
Organizzazione territoriale	Estav	Implementazione rete informatica	Valutazione	A;Z;AFT	%le MMG collegati	>=90%	2
Sanità d'Iniziativa	Gruppo report	Incremento dei medici aderenti fino al raggiungimento della copertura di un terzo della popolazione assistita	Valutazione	A;Z;AFT	%le incremento	>=30%	2
Farmacovigilanza	Farmaceutica territoriale	Incremento segnalazioni	Valutazione	AFT;MMG	Media	>=1	2
Totale							100

Corretto 14 marzo 2014

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Punteggio conseguito:

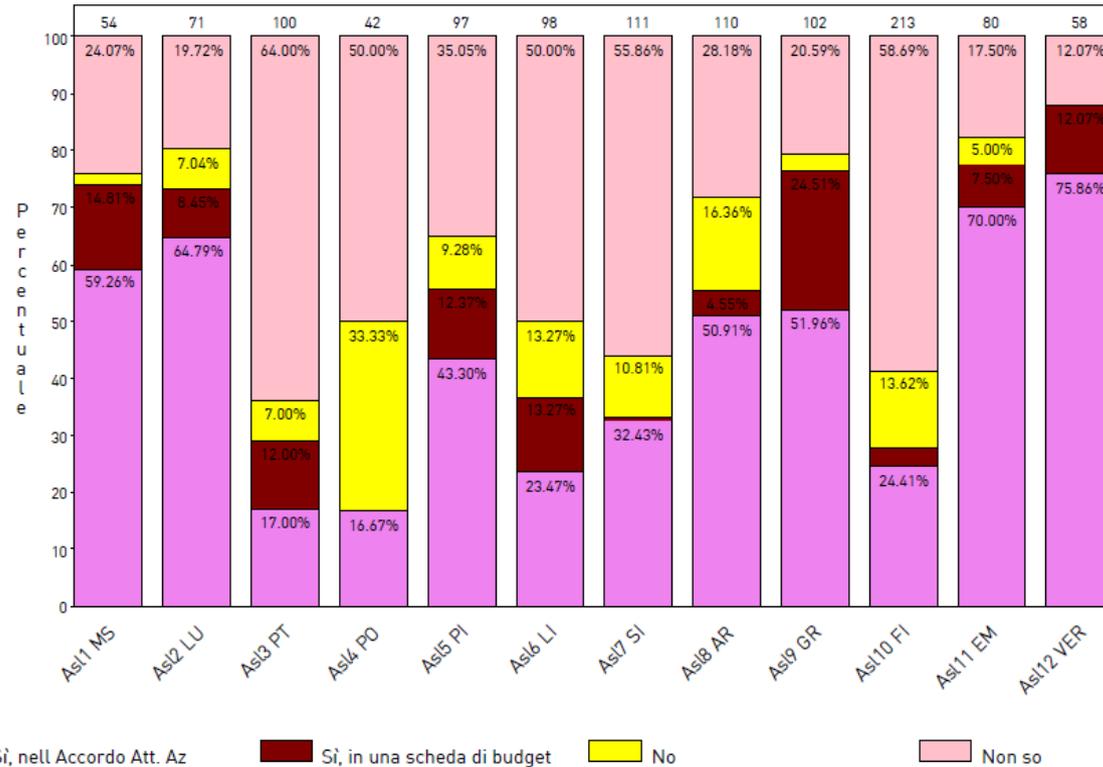
84,93/100

Area Sostenibilità economica							35	28,01	
Obiettivo	Cod KPI	Descrizione KPI	2013	Obiettivo	Risultato	%	Peso	Cons	
Adeguatezza prescrittiva farmaceutica	AFT.C9a	Adeguatezza prescrittiva farmaceutica (valutazione 0-5)	2,47	>=	2,47	2,44	98,79	5,00	4,94
	AFT.MMG.15	Spesa farmaceutica globale lorda media pro-capite per assistito pesato	161,44	<=	161,44	116,89	100	5,00	5,00
	AFT.MMG.16	n° obiettivi qualitativi farmaceutica territoriale raggiunti (livello base)		>=	15	7	46,67	5,00	2,33
	AFT.MMG.16b	n° obiettivi qualitativi farmaceutica territoriale raggiunti (livello superiore)		>=	20	7	35	5,00	1,75
Adeguatezza prescrittiva specialistica	AFT.C13.2.1	Tasso di prestazioni TC , extra PS, per 1.000 residenti		<	75,53	68,84	100	1,25	1,25
	AFT.C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)		<=	10,00	10,45	95,5	1,25	1,19
	AFT.C13.2.3	Tasso std di prestazioni Ecocolordoppler per 1000 residenti		<=	61,00	54,31	100	1,25	1,25
	AFT.MMG.1	Tasso di prestazioni diagnostica di laboratorio per 1000 residenti		<=	7079,00	7341,00	96,3	1,25	1,20
Budget di spesa	AFT.MMG.10	Spesa per assistito ADP		<=	3,30	1,59	100	0,75	0,75
	AFT.MMG.11	Spesa per assistito PPIP		<=	2	0,23	100	0,75	0,75
	AFT.MMG.12	spesa per assistito Associazionismo/collab. Inferm.	7,11	>=	7,11	7,45	100	0,50	0,50
	AFT.MMG.7	spesa trasporti sanitari	228033,51	<=	211954,10	262184,00	76,3	1,00	0,76
	AFT.MMG.8	Spesa protesica	228882,45	<=	326197,88	308462	100	1,00	1,00
	AFT.MMG.9	Spesa per assistito ADI/RSA/Cure Intermedie		>=	1,67	0,90	53,89	1,00	0,54
Governare la domanda	AFT.MMG.2	Valore prestazioni TAC erogate	2390064,00	<=	2390064,00	2507480,00	95,09	1,25	1,19
	AFT.MMG.3	Valore prestazioni RMN erogate	1731948,00	<=	1731948,00	1823326,00	94,72	1,25	1,18
	AFT.MMG.4	Valore prestazioni Ecocolordoppler erogate	737370,00	<=	737370,00	780268,00	94,18	1,25	1,18
	AFT.MMG.5	Valore prestazioni Laboratorio analisi erogate	9261515,00	<=	9261515,00	8910703,00	100	1,25	1,25

Area innovazione e integrazione percorsi assistenziali							40	33,33	
Obiettivo	Cod KPI	Descrizione KPI	2013	Obiettivo	Risultato	%	Peso	Cons	
Informatizzazione dei processi	AFT.MMG.13	%MMG che effettuano prescrizioni elettroniche		>=	90,00	95,00	100	2,50	2,50
	AFT.MMG.14	% compilazione fascia economica (FE) nella ricetta		>=	80,00	55,00	68,75	2,50	1,72
Migliorare l'efficacia del territorio	AFT.C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione Polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)		<=	100,00	99,75	100	5,00	5,00
	AFT.C16.10	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore		<=	5,00	6,07	78,6	5,00	3,93
	AFT.C8a.2	% ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni		<=	6,68	7,78	83,53	5,00	4,18
	AFT.MMG.6	accessi al PS: % codici bianchi/azzurri in uscita	7,94	<=	7,94	7,22	100	5,00	5,00
Presa in carico delle patologie croniche	AFT.C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)		<=	140,00	87,25	100	4,00	4,00
	AFT.C11a.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	41,70	>=	41,70	44,80	100	4,00	4,00
	AFT.C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)		<=	10,00	24,53	0	4,00	0,00
	AFT.C11a.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	61,20	>=	61,20	63,70	100	3,00	3,00
Area Sviluppo sistema AFT							5	5	
Obiettivo	Cod KPI	Descrizione KPI	2013	Obiettivo	Risultato	%	Peso	Cons	
Promuovere lo sviluppo della AFT	AFT.MMG.17	Partecipazione percorso formativo regionale		>=	100,00	100,00	100	2,50	2,50
	AFT.MMG.18	trasferimento obiettivi della AFT ai singoli MMG		>=	100,00	100,00	100	2,50	2,50
Area miglioramento della salute							20	18,59	
Obiettivo	Cod KPI	Descrizione KPI	2013	Obiettivo	%	Risultato	Peso	Cons	
Obiettivi di salute	AFT.C11a.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	69,10	>=	69,10	69,90	100	1,00	1,00
	AFT.C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)		<=	40,00	0,00	100	2,00	2,00
	AFT.C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		<=	0,50	0,34	100	2,00	2,00
Prevenzione secondaria	AFT.B22	Attività Fisica Adattata (AFA) valutazione (0-5)	3,14	>=	3,14	2,49	79,3	5,00	3,96
Prevenzione / stili di vita	AFT.B2	Stili di vita (PASSI). Valutazione (0-5)	2,66	>=	2,66	4,12	100	4,00	4,00
	AFT.B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici (valutazione 0-5)	3,36	>=	3,36	3,78	100	3,00	3,00
	AFT.B7.2	Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni	56,43	>=	56,43	49,43	87,6	3,00	2,63

Il sistema di valutazione e monitoraggio a livello di AFT Percezione?

'D42 - La sua Azienda Sanitaria ha definito degli obiettivi di budget per la sua AFT per l'anno 2014?'



DOVE SIAMO NEL 2018?

Sistema incentivante (ex budget!)

	<ul style="list-style-type: none">• Toscana Nord Ovest	<ul style="list-style-type: none">• Toscana Centro
<ul style="list-style-type: none">• Fondo	<ul style="list-style-type: none">• Fondo si costituisce in proporzione ai risparmi (cmq quota minima) (redistribuzione)	<ul style="list-style-type: none">• Fondo fissato a priori + parte derivante dai risparmi (redistribuzione)
<ul style="list-style-type: none">• Domini	<ul style="list-style-type: none">• Farmaceutica in termini di spesa e appropriatezza	<ul style="list-style-type: none">• Farmaceutica in termini di spesa e appropriatezza; vaccinazioni; criteri priorità; NAO; riunioni di AFT
<ul style="list-style-type: none">• Responsabilità	<ul style="list-style-type: none">• Singolo e AFT	<ul style="list-style-type: none">• Singolo, AFT, Associazione/coordinatore
<ul style="list-style-type: none">• Target	<ul style="list-style-type: none">• Non specifici	<ul style="list-style-type: none">• In parte specifici
<ul style="list-style-type: none">• Pesatura	<ul style="list-style-type: none">• Si	<ul style="list-style-type: none">• Si
Reportistica	<ul style="list-style-type: none">• Si da parte di asl	<ul style="list-style-type: none">• Non si cita (?)
<ul style="list-style-type: none">• Note	<ul style="list-style-type: none">• (riunioni AFT come gettone; medico consulente)	<ul style="list-style-type: none">• Incentivazione specifica per il coordinatore di AFT

ASL TOSCANA NORD-OVEST

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

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

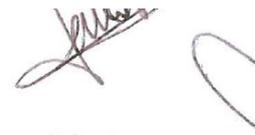
(*) FONDO DI GARANZIA

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.

ASL TOSCANA NORD-OVEST

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

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.

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.

Obiettivo SPESA FARMACEUTICA: spesa pro capite pesata <= 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

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

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.

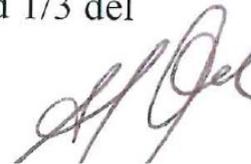
Eventuali eventi non previsti, non governabili dalla Medicina Generale, che avranno ripercussioni significative sulla valutazione finale, saranno oggetto di specifica analisi e valutazione da parte del Comitato Aziendale della Medicina Generale per una eventuale rimodulazione.

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.



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).



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. 4

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. G

Saranno individuati 5 medici facilitatori uno per ogni ex ASL D

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 accorpendo 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. D

Il compenso per il medico facilitatore è pari a € 10.000 annui omnicomprensivi. 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. D

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.

ASL TOSCANA CENTRO

ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA DI MEDICINA GENERALE ANNO 2017-2019. REVISIONE ANNO 2018

Fondi finanziamento accordo anno 2018						
Totale	Fondo Obiettivi di Salute	Retribuzione Risultato	Progetti Aziendali	Fondo residui 2017	Progetti liste di attesa	Fondo Appropriatelyzza Risparmio farmaceutica 2017
€ 7.891.869,12	€ 4.291.869,12	€ 2.400.000,00	€ 900.000,00	€ 60.000,00	€ 300.000,00	€ 816.186,00

Art.7 Retribuzione di risultato

1. Con il presente accordo si assegna un'incentivazione di risultato ai singoli medici, associazioni (gruppo, associazioni complessa), Cooperativa e AFT qualora siano raggiunti gli obiettivi indicati negli articoli seguenti.

A tal fine viene costituito un fondo che per l'anno 2018 è costituito:

- a) da un fondo incentivante stanziato dall'Azienda pari ad € 2.400.000;
- b) quota art. 59, lettera b), comma 15 A.C.N (euro 3,08 ad assistito) pari ad € 4.291.869,12;
- c) fondo appropriatezza prescrittiva provenienti da risparmio farmaceutica Accordo anno 2017 pari a € 816.186.00 così suddiviso ai sensi dell'AIR DRGT 1231 del 2012:
 - 25% per investimenti strutturali UCCP pari € 408.093
 - 25% Remunerazioni obiettivi accordi aziendali pari € 408.093 suddiviso in:
 - 12.5 % raggiungimento degli obiettivi della medicina d'iniziativa pari a € 204.046,50
 - 12.5 % eventuali obiettivi concordati a livello aziendale pari a € 204.046,50

Fondo di appropriatezza prescrittiva

1. In applicazione e nel rispetto delle modalità previste dall'AIR anno 2012 è costituito il Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica in cui confluiranno eventuali risorse derivanti da una minore spesa farmaceutica.
2. Le risorse liberate, rilevate dalla SOS Appropriatelyzza Prescrittiva e approvate in sede di comitato aziendale, verranno per il 25 % del totale, utilizzate negli accordi con la Medicina Generale negli anni successivi.
3. Le risorse liberate dall'appropriatelyzza prescrittiva in campo farmaceutico andranno ad alimentare specifici fondi di ex ASL in base agli obiettivi raggiunti dalla singola zona e la popolazione assistita pesata in carico ai MMG, per la realizzazione di progetti specifici.
4. Per l'anno 2018, il fondo inizierà ad alimentarsi qualora la spesa complessiva dell'Azienda per la farmaceutica Convenzionata risulti inferiore al budget regionale assegnato con DGRT N... del
5. Residui fondi preesistenti nelle 4 ex Aziende confluite nella Asl Toscana Centro e non utilizzati, rimarranno nella disponibilità per progetti zonali.

ASL TOSCANA CENTRO

ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA DI MEDICINA GENERALE ANNO 2017-2019. REVISIONE ANNO 2018

Livello accordo	Aggregazione	%	Fondo
Aziendale	A) Singolo Medico	43%	€ 2.877.503,72
	B) Presenza riunioni AFT	20%	€ 1.338.373,82
	C) Associazioni	12%	€ 803.024,29
Zonale / AFT	D) AFT	25%	€ 1.672.967,28

Art. / DIS
Retribuzione risultato singolo MMG

1. La retribuzione di risultato del singolo medico è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.

Settore	INDICATORI	OBIETTIVI	PUNTEGGIO
Farmaceutica	Spesa procapite assistito pesato	<Stanziamiento regionale	50
Farmaceutica obiettivi appropriatezza	PPI	obiettivo assegnato AFT di appartenenza (<u>vedi tabella art 7 quinquies</u>)	5
	Sartani		5
	Farmaci sistema respiratorio R03		5
	Antibiotici		5
	Farmaci a brevetto scaduto		5
	Eparinici B01AB		5
	Vitamina D		5
Varie	Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni	> media regionale	10
	Vaccinazione Splenectomizzati	Dimostrare di aver avvertito o vaccinato % \geq 90% dei segnalati	5
	Utilizzo criteri priorità	≥ 70 % delle richieste (valutazione ultimo semestre)	10
	Progetto NAO in collaborazione con il Dipartimento Specialistiche Mediche al fine del rinnovo dei Piani Terapeutici	Adesione al Progetto e verifica da parte del coordinatore di AFT dell'invio delle schede $> 70\%$	10

Art. 7 quater
Retribuzione risultato Associazione (gruppo, associazione complessa, rete)

1. La retribuzione di risultato delle associazioni è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.

Settore	INDICATORI	OBIETTIVI	PUNTEGGIO
Farmaceutica	Spesa procapite assistito pesato	<-0,5% della spesa pro capite da stanziamento regionale	65
Varie	Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni	+ 5% media regionale	20
	vaccinazione splenectomizzati	Dimostrare di aver avvertito o vaccinato % \geq 90% dei segnalati	15

Settore	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Valore Obiettivo	Punteggio
Farmaceutica	Spesa procapite assistito pesato	Spesa pro capite per assistito pesato	< stanziamento regionale	50
Farmaceutica obiettivi appropriatezza	PPI (FC+DD)	Unità Posologiche annue PPI per assistito pesato	25UP	5
	Sartani (FC+DD)	Unità posologiche sartani, associati o non, sul totale unità posologiche delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ATC C09)	< 30%	5
	Farmaci sistema respiratorio R03 (FC+DD)	% DDD delle associazione con cortisonici (LABA+ICS) su totale DDD dei medicinali per aereosol (R03AC+R03BA+R03BB+R03AK+R03AL)	<media ASL	5
	Antibiotici (FC+DD)	N° DDD ogni 1000 abitanti die	≤18	5
	Farmaci a brevetto scaduto (FC)	% delle confezioni di medicinali a brevetto scaduto sul totale delle prescrizione	> 85%	5
	Eparinici B01AB (FC+DPC+DD)	Spesa pro capite per assistito pesato	≤ 3,15 euro prezzo d'acquisto ESTAR (pari media delle 23 AFT con la migliore performance nel 2017)	5
	Vitamina D (FC+DD)	Costo medio lordo per 10.000UI	≤0,60 euro	5

Art. 7 quinquies
Retribuzione risultato AFT

1. La retribuzione di risultato di ogni AFT sarà attribuita in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.
2. Il fondo di retribuzione di risultato sarà ripartito tra le AFT che avranno raggiunto gli obiettivi indicati nella tabella sottostante.
3. Ad ogni AFT, mediante accordo tra coordinatore e SOS Appropriatezza Prescrittiva, oltre al primo obiettivo di cui alla tabella, potrà scegliere 3 obiettivi, fra i 7 obiettivi di appropriatezza farmaceutica specificati nella tabella. In caso di non accordo la valutazione sarà sottoposta al parere del comitato aziendale.
4. Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a 6 mesi nell'anno.

Varie	Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni	> media regionale		10
	Vaccinazione Splenectomizzati	Vedi sopra	Dimostrare di aver avvertito o vaccinato %≥ 90% dei segnalati	5
	Utilizzo criteri priorità		≥60% delle richieste	10
	Progetto NAO	Adesione al Progetto e verifica da parte del coordinatore di AFT dell'invio delle schede	>70%	10

4. Per i Coordinatori di AFT l'incentivazione è legata al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT di appartenenza
- Obiettivo parziale (50% incentivo): raggiungimento di almeno 4 obiettivi, di cui obbligatoriamente quello della spesa pro capite, degli 8 assegnati
 - Obiettivo totale (100% incentivo): raggiungimento di almeno 6 obiettivi, di cui obbligatoriamente quello della spesa pro capite, degli 8 assegnati

6. Valorizzazione economica - Fondo Medicina Generale

Verrà istituito un fondo per la sostenibilità dell'accordo alimentato da:

- risorse regionali o nazionali dedicate alla realizzazione di particolari aspetti dell'Accordo, (ad esempio nuova sanità di iniziativa)
- risorse finalizzate alla realizzazione del Progetto reti cliniche integrate e strutturate (come da delibere aziendali specifiche)
- risorse liberate nell'intera Azienda a seguito di azioni di appropriatezza - buon uso di risorse successive alle azioni di self audit e peer review delle AFT o liberate a seguito della applicazione della sanità di iniziativa o di percorsi e servizi concordati, in applicazione delle regole e suddivisioni previste in AIR o definite nel presente Accordo
- risorse aggiuntive aziendali

Per quanto attiene la liberazione di risorse andranno definiti in Accordo Quadro indicatori condivisi di appropriato utilizzo (spesa media pesata, Tassi di utilizzo di diagnostica o di ricoveri ecc.) il cui mantenimento è considerato "liberazione di risorse" e consente di mantenere nel tempo i finanziamenti.

La valutazione di quanto sopra richiede l'implementazione del cruscotto di AFT da parte del controllo di gestione aziendale e il monitoraggio da parte dei medici della AFT (in primis dal coordinatore) per gli item previsti in AIR ed altri necessari a valutare gli obiettivi di appropriatezza:

- farmaceutica
- diagnostica
- specialistica
- ricoveri
- accessi al P.S.
- trasporti
- ulteriori risorse (protesi, ausili).

Questi dati ogni anno saranno utili per valutare le risorse disponibili, in base ai risultati dell'anno precedente.

ALS TOSCANA SUD EST DELIBERAZIONE DEL DG N. 117 DEL 07/02/2018



Nella consapevolezza che l'organizzazione strutturale, i livelli assistenziali ed i servizi garantiti dalla Medicina Generale sono diversificati nelle tre Ex-Asl, ma anche nelle singole AFT che le compongono, l'Accordo Quadro conterrà un allegato con la descrizione dello "status quo" organizzativo e dei livelli assistenziali o servizi garantiti da parte della Medicina Generale ed in atto nel 2016, nonché la valutazione condivisa delle azioni che hanno caratterizzato i precedenti Accordi Aziendali.

In seguito, con modalità flessibile, un Accordo annuale definirà, prima per Distretto e poi per ogni AFT, la quota parte degli obiettivi generali da raggiungere nell'anno e le relative risorse allocate, nell'ottica di una progressione per "step" di ciascuna AFT verso il raggiungimento di tutti gli obiettivi definiti nell'Accordo Quadro. Chiaramente sempre attenti alla risposta al cittadino e all'interno di un contesto aziendale che si integra con i propri fattori produttivi in modo coerente per evitare duplicazioni o, peggio, incoerenze di sistema.

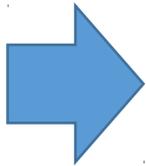
AN

A

LA SANITA' DI INIZIATIVA

I medici finora coinvolti nella gestione di almeno un percorso della medicina di iniziativa Chronic Care Model nella AUSL Toscana Sud Est, relativamente alle 4 patologie Diabete, Scompenso cardiaco, Ictus -Tia e BPCO sono 314, pari ad una media aziendale di poco più del 50% e garantiscono i percorsi a circa il 60% della popolazione generale, ma con ampia variabilità tra le AFT, dato che in alcune AFT sono attivi tutti e 4 i percorsi, mentre in altre un numero minore oltre alla ampia variabilità di MMG attualmente partecipanti nelle singole AFT.

Con il presente progetto tutti i medici coinvolti, sia quelli che finora operavano secondo il modello di sanità di iniziativa del CCM, sia i nuovi che verranno individuati, garantiranno a tutti i cittadini un approccio omogeneo mediante arruolamento dei pazienti secondo i criteri per i Target A (assistiti complessi), B1 (alto rischio cardiovascolare) e B1s (pregressi eventi cardiovascolari) come definiti dal modello regionale. Tutti i medici coinvolti garantiranno altresì l'arruolamento dei pazienti secondo i criteri dei 4 percorsi aziendali per Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO ed Ictus-Tia, che contengono completamente il Target B2 (pregresso CCM) come ridefinito nel modello regionale. Con la partenza del nuovo modello integrato dal 1° Gennaio 2018 tutti i medici precedentemente coinvolti nel CCM dovranno garantire ai propri pazienti quanto previsto dal Target B1, B1s e dai 4 percorsi delle Reti cliniche, rimandando, in attesa di indicazioni regionali, l'attivazione del Target A.



I medici finora non coinvolti dovranno esserlo progressivamente nell'arco del triennio di vigenza del presente Accordo, in modo che sia raggiunto il 100% della popolazione e dovranno anch'essi garantire ai propri pazienti quanto previsto dal Target B1, B1s e 4 percorsi delle Reti cliniche, rimandando, in attesa di indicazioni regionali, l'attivazione del Target A.

Per il 2018 si programma di coinvolgere un ulteriore 20% minimo del totale dei medici, da individuare in ciascuna AFT tenendo conto dei seguenti criteri:

- Prioritario completamento per i medici che attualmente svolgono una parte dei 4 percorsi
- Per ogni anno (2018, 2019, 2020), in ciascuna AFT, 1/3 della popolazione ancora non coperta
- I medici da coinvolgere, in ogni AFT, nella "espansione" saranno prioritariamente medici operanti in Casa della Salute o in medicina di gruppo, Associazione complessa e Centri Medici.

ALS TOSCANA SUD EST
DELIBERAZIONE DEL DG N. 117 DEL
07/02/2018

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

In accordo con la DGR 650/16 e successive delibere o accordi attuativi, le attività dei medici di medicina generale connesse con la realizzazione della sanità di Iniziativa sono così remunerate:

- alla consegna delle liste, entro il 31/01/2018, a raggiungimento della soglia di accesso per i target B più 4 percorsi, quota di euro 0,80, per il numero assistiti in carico
- alla consegna delle liste per il target A, quota di euro 0,80, per il numero assistiti in carico. (euro 1,60 : 50% target A e 50% target B)
- a fronte del raggiungimento dell'obiettivo assegnato di processo e di esito (come definito nell'allegato alla DGR 930/17) quota capitaria di Euro 2,75
- accesso a domicilio o in strutture intermedie previsto dal PAI, pagato come gli accesso ADI o in RSA al medico, sia di Assistenza Primaria che di Continuità Assistenziale che lo effettua
- al raggiungimento complessivo degli obiettivi ed indicatori come descritti nell'allegato... del modello integrato (B1 + B1s + Reti cliniche) rispettando le prevalenze attese per ciascuna patologia, il pagamento sarà di 3,15 euro.

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Specifiche per i singoli Target

TARGET A: assistiti complessi, a più alto rischio di ricoveri ripetuti, di presentazioni al pronto soccorso o di consumo, inappropriato perché prevenibile, di altre prestazioni per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali

1. individuazione della popolazione target: Previsone 3% popolazione generale.

Modalità ancora da definire a livello regionale

Allegato A DGR930/17: Dai dati preliminari emersi durante la validazione dell'algoritmo è stato evidenziato che solo 1/3 degli identificati sono non autosufficienti, mentre i 2/3 non hanno difficoltà di mobilità

2. formulazione del Piano individuale di cura (PAI) da parte del medico di medicina generale curante, in collaborazione con l'infermiere territoriale assegnato alla AFT utilizzando lo schema predisposto nell'Allegato A della DGR 930/17 (allegato 1)

Allegato A DGR 930/17: Per il target A viene definito un PAI elaborato dal MMG congiuntamente al personale infermieristico. In casi particolari potrà essere anche coinvolto lo/gli specialista/i di riferimento.

Nel corso dell'esame dei bisogni sarà fatta una anamnesi farmacologica mirata alla eliminazione di eventuali problematiche correlabili alla individuazione di poli-terapia e per l'applicazione dei criteri di Beers, come rivisti dalla CTR toscana (allegato 6 dell'allegato A DGRT 930/17)

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Aspetti specifici

TargetB1: pazienti con età 40-69 anni, ipertesi e/o diabetici, senza precedenti eventi cardio-cerebro-vascolari (sindromi coronariche acute, ptca, by-pass aorto-coronarico, ictus), con rischio >10% calcolato con l'algoritmo del Progetto ISS-Cuore

Azioni:

- valutazione all'inizio dell'anno (arruolamento) del RCV individuale sulla base dei parametri presenti in cartella
- Follow-up durante l'anno secondo le indicazioni dell'Allegato A DGRT 930/17 che applica le normali L.G. di patologia qualora il paziente non sia inserito in uno o più dei percorsi delle reti cliniche integrate nel qual caso si segue il follow-up definito dallo specifico PAI
- Rivalutazione a fine anno del RCV individuale

Prevalenza attesa: 2%

Indicatori

1. esecuzione del profilo lipidico in almeno il 90% degli assistiti e della emoglobina glicata in almeno il 90% dei diabetici (rilevamento ARS)
2. rivalutazione del rischio cardiovascolare a 12 mesi dal baseline $\geq 90\%$
3. valore del RCV uguale o inferiore rispetto al baseline $\geq 80\%$

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Target B1s: pazienti di tutte le età con pregressi malattia coronarica, ictus/TIA, arteriopatia obliterante degli arti inferiori.

Elenco da fornire da parte del MMG sulla base del suo archivio, in attesa di eventuale diversa definizione da parte di ARS

Azioni:

- Follow-up secondo indicazioni secondo le indicazioni dell'Allegato A DGRT 930/17 che applica le normali L.G. di patologia qualora qualora il paziente non sia inserito in uno o più dei percorsi delle reti cliniche integrate nel qual caso si segue il follow-up definito dallo specifico PAI

Prevalenza attesa: 1,2%

Indicatori

1. esecuzione del profilo lipidico in almeno il 90% degli assistiti e della emoglobina glicata in almeno il 90% dei diabetici (rilevamento ARS)
2. Tasso di ospedalizzazione per DRG medici, degenza ordinaria, modalità di accesso urgente: valore inferiore al corrispettivo tasso calcolato tra gli assistiti con pregresso IMA, malattia coronarica ictus/TIA, AOP dei medici non aderenti alla sanità d'iniziativa della stessa zona distretto (rilevamento ARS)

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Target Diabete reti cliniche integrate e strutturate: pazienti affetti da diabete di tipo 2, diagnosticato secondo i criteri di diagnosi definiti nel PDTA, non complicato o con complicanze non gravi e stabili.

Prevalenza attesa 5,5% +/- 1,5%

Azioni: controllo periodico come definito nel PDTA

Indicatori

1. Emoglobina glicata: 70% pazienti arruolati con 1 misurazione/anno
2. Misurazione circonferenza vita: 70% pazienti arruolati con una misurazione ogni 2 anni (35% anno)
3. Counseling individuale (o di gruppo): 70% pazienti arruolati /anno
4. Uso del reflattometro. 50% pazienti arruolati /anno
5. Valore HB glicata: 35% arruolati **con almeno una misurazione dell' Hb glicata <7**

Target Scompenso cardiaco reti cliniche integrate e strutturate: pazienti stabili con diagnosi definita di scompenso cardiaco, in classi funzionali NYHA I-III.

Prevalenza attesa: 1,5% +/- 0,5% %

Azioni: controllo periodico come definito nel PDTA

Indicatori

1. Misurazione di sodio e potassio: 50% arruolati con 1 misurazione/ anno
2. Peso corporeo: 70% arruolati con 2 misurazioni/anno
3. Terapia con ACE-inibitori/Sartani: 50% arruolati in terapia (**per la definizione di "in terapia" si utilizza l'algoritmo di ARS: almeno 2 erogazioni nell'anno , codice ATC: C09 distanti più di 180 giorni)**
4. Terapia con Beta-bloccanti: 50% arruolati in terapia (**per la definizione di "in terapia" si utilizza l'algoritmo di ARS: almeno 2 erogazioni nell'anno , codice ATC: C07 distanti più di 180 giorni)**
5. Counseling individuale (o di gruppo): 70% arruolati /anno

Target Ictus-Tia reti cliniche integrate e strutturate: · i pazienti con pregresso TIA, pazienti con pregresso Ictus e con disabilità lieve (scala Rankin 0-2) o con disabilità moderata/grave. (scala Rankin >3)

Prevalenza attesa: 2% +/- 1%

Azioni: controllo periodico come definito nel PDTA

Indicatori

1. Registrazione dato fumo: 90% arruolati
2. Terapia antiaggregante (o anticoagulante): 50% arruolati in terapia (**per la definizione di “in terapia” si utilizza l’algoritmo di ARS: almeno 2 erogazioni nell’anno , codice ATC: B01A distanti più di 180 giorni)**
3. Valutazione con scala Rankin: 50% arruolati
4. Counseling individuale (o di gruppo): 70% arruolati/anno
5. Buon controllo PA (valori uguali o inferiori a 140/90) : 60% arruolati (**almeno 2 misurazioni nell’anno entro i limiti**)

Target BPCO reti cliniche integrate e strutturate: pazienti affetti da BPCO, diagnosticata secondo i criteri di diagnosi definiti nel PDTA, di tutte le classi Gold (A,B,C,D)

Prevalenza attesa: 2,5% + /- 1%

Azioni: controllo periodico come definito nel PDTA

Indicatori

1. Valutazione anamnestica fumo: 90% arruolati
2. Esecuzione spirometria semplice da parte del team : 70% pazienti arruolati con 1 misurazione/anno
3. Conseling individuale (o di gruppo): 70% arruolati /anno
4. Vaccinazione influenza e pneumococco: 75% arruolati
5. Consegna istruzioni per autonoma ginnastica respiratoria: >20 % arruolati

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Modalità di valutazione della sanità di iniziativa Target B dell'AIA ai fini della valutazione degli indicatori e del pagamento ai MMG

Prevalenza ai fini dell'AIA

La prevalenza di ogni patologia/situazione clinica non deve essere inferiore al dato previsto come variazione minima.

La prevalenza complessiva si calcola sommando le prevalenze degli arruolati in ogni singolo Target, indipendentemente dal fatto che lo stesso paziente sia arruolato e compaia nell'elenco di più target, in quanto affetto da più patologie/situazioni cliniche.

Indicatori e valutazione

Premesso che i 4 percorsi delle reti cliniche integrate e strutturate riportano nelle procedure indicatori di processo, di esito clinico e di esito economico, necessari a valutare complessivamente il Progetto, ai fini del pagamento dei compensi ai medici si valutano solamente gli indicatori riportati nel presente allegato per i singoli Target.

Pagamenti

Target A

L'obbiettivo è individuale

€ 0,80 quota capitaria per il numero assistiti in carico alla consegna degli elenchi degli arruolati (pagamento *una tantum*)

€ 2,75 quota capitaria per il numero assistiti in carico, di cui il 60% viene erogato a seguito del raggiungimento dell'obbiettivo di processo (€ 1,65), il restante 40% per il raggiungimento dell'esito (€ 1,10). Il mancato raggiungimento della soglia d'accesso comporta il non pagamento di entrambe le quote.

Ogni MMG raccoglie i parametri relativi agli indicatori per ciascun paziente in apposito stampato excell e lo trasmette al Coordinatore di AFT. Il Coordinatore di AFT assembla i report dei singoli MMG e li trasmette all'ASL. L'ARS provvede a calcolare e valutare i risultati e stabilire gli indicatori conseguiti relativamente ai punti di sua competenza.

OBIETTIVO
SINGOLO
PROCESSO E
ESITO

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Target B

L' Obbiettivo è di AFT.

€ 0,80 quota capitaria per il numero assistiti in carico alla consegna degli elenchi degli arruolati sul file reso disponibile da ESTAR (pagamento *una tantum*)

€ 1,35 quota capitaria per il numero assistiti in carico alla consegna dei PAI e della previsione del fabbisogno annuale di diagnostica e/o specialistica

€ 1,80 quota capitaria per il numero assistiti in carico, suddiviso in € 0,30 per ogni singolo Target (B1, B1s, Diabete, Scompenso cardiaco, Ictus-Tia, BPCO) per il raggiungimento degli indicatori di processo e/o di risultato descritti nel presente allegato e nella seguente misura:

1. Target B1: 2 indicatori su 3
2. Target B1s: 1 indicatore su 2
3. Diabete: 3 indicatori su 5
4. Scompenso Cardiaco: 3 indicatori su 5
5. Ictus-Tia 3 indicatori su 5
6. BPCO 3 indicatori su 5

OBIETTIVO

AFT

PROCESSO E

ESITO

LA SANITA' DI INIZIATIVA: SISTEMA DI MISURAZIONE

Ogni MMG raccoglie i parametri relativi agli indicatori per ciascun paziente in apposito stampato excell e lo trasmette al Coordinatore di AFT. Il Coordinatore di AFT assembla i report dei singoli MMG e li trasmette all'ASL. L'ARS provvede a calcolare e valutare i risultati e stabilire gli indicatori conseguiti relativamente ai punti di sua competenza.

Nel caso di impossibilità/non produzione da parte dell'ARS degli indicatori di sua competenza gli stessi si considerano raggiunti ai fini del pagamento.

Ai fini del raggiungimento degli indicatori, l'ASL dovrà comunque tenere conto dei parametri non rilevati dall'ARS, ma presenti nei gestionali dei MMG per accertamenti condotti fuori dei presidi del Sistema Sanitario Pubblico.

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

Contenuti	Toscana Nord Ovest	Toscana Centro	Toscana Sud Est
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Basso
• AFT e Dipartimento	• Alto	• Alto	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Basso	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Medio	• Medio	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Basso	• Basso	• Alto
• AFA	• Alto	• Basso	• Medio
• Case della Salute	• Basso	• Medio	• Alto
• Obiettivi di salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Medio	• Alto	• Alto
• Formazione	• Alto	• Basso	• Medio
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

Riunioni AFT
(comunicazione
e con
ospedale)

Riunioni AFT e
dipartimento

Rete di
responsabilità
e figure

ASL TOSCANA NORD-OVEST
ACCORDO AZIENDALE (A.I.A.) ANNO
2018-2019 PER LA MEDICINA GENERALE

LE RIUNIONI DI AFT

ASL TOSCANA CENTRO
ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE MEDICI DI
ASSISTENZA PRIMARIA DI MEDICINA GENERALE ANNO
2017-2019. REVISIONE ANNO 2018

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 omnicomprendivo 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.

Art.7 ter
Presenze riunioni di AFT

1. Al fine di favorire il confronto tra pari, la condivisione di linee guide, di percorsi diagnostici terapeutici e la valutazione e la discussione dei dati di attività viene incentivata la partecipazione alle riunioni di AFT.
2. L'incentivazione è legata al numero di riunioni alle quali il medico partecipa ed è indipendente dal numero di assistiti in carico. Gli obiettivi sono i seguenti:
 - Obiettivo parziale (50% incentivo): il medico partecipa ad almeno 6 riunioni nell'anno.
 - Obiettivo totale (100% incentivo): il medico partecipa ad almeno 9 riunioni nell'anno.
3. La partecipazione è attestata con firma raccolta dal coordinatore di AFT e inviata al direttore del Dipartimento della Medicina generale all'indirizzo e.mail dipartimento.medicinagenerale@uslcentro.toscana.it congiuntamente al verbale della riunione.

ASL TOSCANA NORD-OVEST

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

L'AFA

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.

TITOLO V
ORGANIZZAZIONE

VV d

Art. 14

Dipartimento della Medicina Generale e Aggregazioni Funzionali Territoriali

1. E' definito per ogni Zona distretto il calendario degli incontri dei Coordinatori di AFT con il Dipartimento Medicina Generale di concerto con i direttori di Zona distretto.
2. Gli incontri di AFT, con cadenza mensile, avranno una durata minima di due ore da effettuarsi nelle fasce orarie concordate, di cui almeno 5 nella giornata di sabato in rispetto alla DG Regionale.
3. Eventuali incontri per argomenti di interesse aziendale saranno concordati tra il dipartimento di medicina generale e la Direzione Sanitaria Aziendale.
4. Ciascun coordinatore di AFT indice con cadenza mensile la riunione di tutti i medici facenti parte dell'AFT e redige verbale dell'incontro su modello concordato a livello di comitato di dipartimento della medicina generale, con gli argomenti discussi e le firme dei partecipanti alla riunione.
5. Il verbale, con allegato l'elenco delle presenze dei medici della AFT, verrà inviato al Direttore del dipartimento della Medicina Generale, il quale preso atto dell'attività svolta da ogni Coordinatore, autorizza il pagamento del compenso previsto ai sensi DRGT1231/2012, all'Ufficio competente.
6. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze verrà sostituito da idoneo strumento informatico.

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

	Toscana Nord Ovest	Toscana Centro	Toscana Sud Est
• Contenuti	• Alto	• Alto	• Basso
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Alto
• AFT e Dipartimento	• Basso	• Basso	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Basso	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Basso	• Basso	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Basso	• Basso	• Alto
• AFA	• Alto	• Alto	• Alto
• Case della Salute	• Basso	• Medio	• Alto
• Obiettivi di salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Medio	• Alto	• Alto
• Formazione	• Alto	• Basso	• Medio
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

Schema di
accordo con
obiettivi
(non c'è!)

Schema di
accordo con
obiettivi

Art. 16
Case della Salute

1. L'Azienda USL Toscana Centro, in linea con quanto previsto dalla DGRT 117 del 16/02/2015, intende sviluppare su tutto il territorio il modello delle CdS e delle UCCP quali punti di riferimento territoriale per la popolazione in risposta ai bisogni sociosanitari.
2. Per le Case della Salute si applica lo specifico regolamento (allegato B)
3. Per ogni Casa della Salute deve essere sottoscritto uno specifico accordo con indicati obiettivi ed indicatori. L'accordo standard è riportato nell'allegato C.
4. Ai medici che svolgono la loro attività all'interno di una Casa della Salute realizzata presso sedi aziendali è richiesta una compartecipazione al costo di gestione della struttura nella stessa misura di quanto è previsto per l'uso dell'ambulatorio pubblico, così come stabilito dall'Azienda in linea con quanto previsto dall'ACN.
5. Il raggiungimento degli obiettivi previsti nello specifico accordo potrà portare all'abbattimento parziale o totale degli oneri per il global service nei locali di tutte le Case della Salute, comprese quelle non localizzate in sedi aziendali, in modo conforme a quelle a gestione aziendale.

ALS TOSCANA SUD EST
DELIBERAZIONE DEL DG N. 117 DEL
07/02/2018

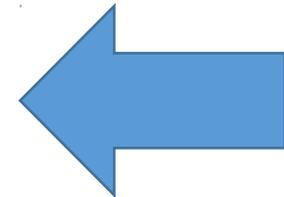
Le Case della Salute

Le Case della Salute (CdS) sono presidi territoriali delle aziende sanitarie dove i cittadini trovano servizi socio sanitari di base. Nella Casa della Salute debbono essere presenti i Medici di Medicina Generale, ed inoltre sono presenti: personale amministrativo, collaboratori di studio, infermieri, specialisti, assistenti sociali ecc., anche in funzione delle tipologie di CdS previste dalla DGRT 117/2015 che costituisce la normativa regionale a cui far riferimento. La CdS è anche un setting dove il Team mono-multiprofessionale garantisce ai cittadini la presa in carico sanitaria e socio- assistenziale

L'allegato .. descrive obiettivi e tipologie delle Case della Salute alla luce della DGRT 117/2015 e la struttura e gli aspetti qualificanti della Convenzione da stipularsi tra Direttore Generale e medici di medicina generale che costituiscono la Casa della Salute relativamente alle caratteristiche strutturali ed organizzative da garantire, alle attività professionali affidate ai medici di Medici di Medicina Generale, ed alle indennità.

Ogni anno del triennio di vigenza dell'AIA, in ogni AFT sarà possibile la formazione di nuove Case della Salute, se ne sussistono le domande da parte di medici interessati. Per ogni anno del triennio la formazione di nuove Case della Salute potrà interessare fino ad un terzo del numero totale dei medici della AFT che al 01.01.2017 risultavano non coinvolti in una Casa della Salute, fermo restando comunque che una nuova Casa della Salute

potrà essere attivata nel caso in cui il terzo dell'anno non sia stato raggiunto e con la sua attivazione venisse superato.



A. Indennità organizzativo-strutturale di Casa della Salute

Standard- Obiettivi ed indicatori:

Standard n° 1: *garanzia ai cittadini della accoglienza, attività di front-office, informazione ed orientamento da parte dei collaboratori e di attività infermieristiche da parte degli infermieri*

Standard n° 2: *idoneità della struttura alle attività informatiche e telematiche anche in relazione a ricetta dematerializzata e certificazioni obbligatorie telematiche*

Standard n°3: *Semplificazione dei percorsi di prenotazione per i cittadini mediante adesione al Progetto "Dove si prescrive si prenota"*

Standard n°4 : *adesione ai progetti Sanità di Iniziativa e Reti cliniche Integrate e Strutturate*

Obiettivo n° 1: *disponibilità, nell'arco delle ore di apertura concordate, al di fuori degli orari di presenza di almeno un medico in struttura, di un Medico attivabile telefonicamente dal personale di studio presente in struttura, in relazione a problematiche non differibili inerenti le attività previste a norma di ACN in funzione di protocolli condivisi.*

Indicatore: Attivazione di un registro per richieste di presenza appropriate identificate come tali dalle linee guida condivise.

Obiettivo n° 2: *Facilitazione accesso ambulatorio MMG per gli assistiti utilizzando il sistema di prenotazione delle visite, gestito dal personale di studio.*

Indicatore: Ciascun MMG della Casa della Salute dovrà, entro i primi 3 mesi dall'inizio della attività presso la Casa della Salute, prevedere la strutturazione di una quota oraria di ambulatorio su appuntamento. Gli appuntamenti sono gestiti dal personale di studio della CdS

Obiettivo n° 3: *Realizzazione della continuità assistenziale h. 24 per 7 gg la settimana attraverso la integrazione tra MMG e medici della CA.*

Indicatore: stesura di un protocollo operativo che preveda l'accesso al programma in uso ai MMG della CdS da parte dei medici della CA in modo da poter accedere ai dati relativi alla scheda sanitaria del singolo paziente.

Quantificazione della Indennità

Premesso che:

1. Fino a 7.200 pazienti la Casa della Salute garantirà 8 ore di apertura e la disponibilità di 12 ore settimanali di collaboratore di studio e 5 ore di infermiere ogni 1.000 pazienti in carico
2. Da 7.200 a 9.600 pazienti la Casa della Salute garantirà 10 ore di apertura al giorno e la disponibilità di 12 ore settimanali di collaboratore di studio e 5 ore di infermiere ogni 1.000 pazienti in carico
3. Oltre 9.600 pazienti la Casa della Salute garantirà 12 ore di apertura al giorno e la disponibilità di 12 ore settimanali di collaboratore di studio e 5 ore di infermiere ogni 1.000 pazienti in carico

La **indennità organizzativo-strutturale di Casa della Salute** verrà remunerata con una quota capitaria di 12,00 Euro/anno.

Qualora la sede della Casa della Salute sia messa a disposizione dalla Medicina Generale, l'indennità organizzativa strutturale di 12 Euro/anno si intende parametrata a a 6 studi medici + spazi comuni. Tale quota verrà rimodulata in sede di stipula della convenzione in relazione al maggiore o minore numero di studi medici.

B. Indennità professionale di casa della Salute

Obiettivo: *ulteriore attività professionale concordata col Distretto di appartenenza con specifico atto, che integra la Convenzione, che deve contenere 3 sotto-obiettivi e gli indicatori relativi (scelti tra 6 sotto-obiettivi concordati a livello di Comitato aziendale) e che può concordemente essere ridefinita ogni anno.*

Poiché i Medici di Medicina Generale che sottoscrivono la presente Convenzione-Contratto si impegnano a perseguire l'appropriato utilizzo delle risorse ed il rispetto dei livelli programmati di spesa, questi potranno rappresentare l'obiettivo, nel qual caso due sotto-obiettivi saranno il rispetto di tassi, predefiniti e concordati, di utilizzo delle risorse.

Nel caso in cui uno o più indicatori non fossero soddisfatti la quota capitaria originariamente definita viene ridotta in misura percentuale uguale al peso degli obiettivi non raggiunti rispetto al totale degli obiettivi inseriti nell'Accordo e l'Azienda procede al recupero di quanto eventualmente già corrisposto. Valore di ogni obiettivo: 33% del totale

Quantificazione della Indennità

La indennità professionale di Casa della Salute è retribuita con una quota capitaria di 1,80 Euro/anno.

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

	Toscana Nord Ovest	Toscana Centro	Toscana Sud Est
• Contenuti	• Alto	• Alto	• Basso
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Alto
• AFT e Dipartimento	• Basso	• Basso	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Medio	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Basso	• Basso	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Alto	• Basso	• Alto
• AFA	• Basso	• Basso	• Alto
• Case della Salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Obiettivi di salute	• Medio	• Alto	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Alto	• Basso	• Medio
• Formazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

Cita delibera regionale+ FONDO

Capitolo dedicato alla CA

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

	Toscana Nord Ovest	Toscana Centro	Toscana Sud Est
• Contenuti	• Alto	• Alto	• Basso
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Alto
• AFT e Dipartimento	• Basso	• Basso	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Medio	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Basso	• Basso	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Basso	• Basso	• Alto
• AFA	• Basso	• Basso	• Alto
• Case della Salute	• Basso	• Basso	• Alto
• Obiettivi di salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Medio	• Alto	• Alto
• Formazione	• Alto	• Basso	• Medio
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

Status quo

Medico
consulente
con
relazione

Dove si
prescrive si
prenota

GLI AIA A CONFRONTO: TEMATICHE PRINCIPALI

• Contenuti	• Toscana Nord Ovest	• Toscana Centro	• Toscana Sud Est
• Sistema incentivante	• Alto	• Alto	• Basso
• AFT e Dipartimento	• Medio	• Alto	• Alto
• Figure e responsabilità	• Basso	• Basso	• Alto
• Continuità Assistenziale	• Basso	• Medio	• Alto
• Sanità di iniziativa	• Basso	• Basso	• Alto
• AFA			• Basso
• Case della Salute			• Alto
• Obiettivi di salute	• Alto	• Basso	• Alto
• Prenotazioni/Liste	• Medio	• Alto	• Alto
• Formazione	• Alto	• Basso	• Medio
• Indennità associazione	• Alto	• Alto	• Alto
• Cooperative	• Alto	• Alto	• Alto
• Ambulatorio	• Alto	• Alto	• Alto

Grazie!