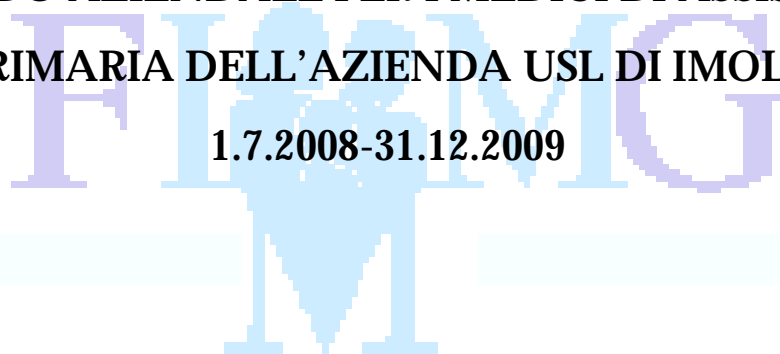


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

ACCORDO AZIENDALE PER I MEDICI DI ASSISTENZA

PRIMARIA DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

1.7.2008-31.12.2009



PREMESSA

Gli obiettivi qualitativi del presente accordo vengono assegnati a ciascun Nucleo delle Cure Primarie.

Il presente accordo di budget fa seguito ai precedenti accordi

- 7 Luglio 1997 (approvato con Deliberazione N° 622 del 31.07.1997) relativo al periodo 1 Luglio 1997 – 30 Giugno 1998;
- 19 Giugno 1998 (approvato con Deliberazione N° 581 del 19.08.1998) relativo al periodo 1 Luglio 1998 – 31.12.1998;
- 8 Novembre 1999 (approvato con Deliberazione n. 782 del 1.12.1999) relativo al biennio 1999-2000;
- 26 Novembre 2001 (approvato con Deliberazione n. 543 del 19.12.2001) relativo all'anno 2001
- 24 Febbraio 2003 (approvato con Deliberazione n. 52 del 02.04.2003) relativo all'anno 2002-2003 (prorogato al 2004 e al 2005)
- Marzo 2006 (approvato con Deliberazione n. 51 del 5.6.2006) "Accordo Aziendale: Progetto di sperimentazione di un modello innovativo di budget per i medici di medicina generale dell'Azienda USL di Imola" relativo all'anno 2006 (prorogato al 2007 e al 1° semestre 2008).

L'esperienza maturata negli anni precedenti ha contribuito a rafforzare le relazioni fra i professionisti all'interno prima dei TEAM poi degli NCP, e ha portato i Medici, anche grazie alla condivisione del progetto globalmente inteso e degli obiettivi in esso declinati, a sviluppare modalità operative sempre più integrate, uniformi e coerenti sia in ambito clinico che organizzativo.

Nel corso di questi anni gli accordi di budget hanno vissuto una evoluzione che ha interessato diversi aspetti e che ha, progressivamente, delineato un quadro profondamente mutato rispetto a quello che si presentava all'inizio di questo cammino "storico" intrapreso quasi dodici anni fa. Si sono verificati inoltre una serie di cambiamenti di forte impatto sul contesto complessivo sui quali si è inserito il progetto di programmazione e controllo rivolto alla medicina generale.

In particolare si sono sviluppate le forme di associazionismo intese in senso proprio. Nell'anno 2007 nell'AUSL di Imola il 96,88% dei 96 Medici di Medicina Generale si colloca all'interno di una forma associativa: 67 Medici (72,05%) sono associati in gruppo, 26 (27,96%) in rete e nessuno in associazione, solo tre medici non aderiscono ad alcuna forma associativa.

Le forme associative costituiscono dunque una risorsa importante, rappresentano una modalità forte di integrazione per la maggior parte dei medici della nostra Azienda, per l'assiduità e l'intensità delle relazioni interprofessionali e per il confronto e lo scambio professionale che si realizzano nel loro contesto.

I 97 medici di medicina generale del territorio imolese sono organizzati attualmente in sette nuclei delle cure primarie. Tre dei sette nuclei sono attualmente dotati di una sede fisica del nucleo funzionante con le seguenti modalità:

- § Nucleo di Castel San Pietro Terme e Dozza: Ambulatori situati nella sede dell'Ospedale di Castel San Pietro Terme. Attività ambulatoriale medica per 12 ore/giorno erogata : per i giorni feriali 7 ore dai MMG del gruppo (riservate ai pazienti del gruppo) e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo (riservate a tutti i pazienti del Nucleo), per giorni prefestivi dalle ore 8 alle ore 12 dai medici di assistenza primaria del Nucleo e dalle ore 12 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale, per i giorni festivi dalle ore 8 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale. Attività ambulatoriale infermieristica per 12 ore/giorno nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 dei giorni prefestivi. Il coordinatore del nucleo coordina il servizio ed effettua le riunioni di organizzazione. I 22 medici che compongono il nucleo sono organizzati in 4 medicine di gruppo.
- § Nucleo di Medicina: Ambulatori situati nella sede dell'Ospedale di Medicina. Attività ambulatoriale medica per 12 ore/giorno erogata : per i giorni feriali 7 ore dai MMG del gruppo (riservate ai pazienti del gruppo) e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo (riservate a tutti i pazienti del Nucleo); per i giorni prefestivi dalle ore 8 alle ore 12 dai medici di assistenza primaria del Nucleo e dalle ore 12 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale; per i giorni festivi dalle ore 8 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale. Attività ambulatoriale infermieristica per 12 ore/giorno nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 dei giorni prefestivi. Il coordinatore del nucleo coordina il servizio ed effettua le riunioni di organizzazione. I 15 medici che compongono il nucleo sono organizzati in due medicine di gruppo.

§ Nucleo di Imola Cintura Sud: Ambulatorio situato nella sede di una Medicina di Gruppo. Attività ambulatoriale medica per 12 ore/giorno erogata : 7 ore dai MMG del gruppo (riservate ai pazienti del gruppo) e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo (riservate a tutti i pazienti del Nucleo). Il coordinatore del Nucleo coordina il servizio ed effettua le riunioni di organizzazione. Gli 11 medici che compongono il Nucleo sono organizzati in due medicine di gruppo.

I restanti quattro Nuclei non sono ancora dotati di una sede fisica ed è in essere un confronto tra i medici e tra i medici e l'azienda sul modello organizzativo da adottare con l'obiettivo di realizzare il progetto di una sede di Nucleo all'interno dell'Ospedale Vecchio, accorpando due Nuclei, mentre gli ultimi due Nuclei hanno richiesto la sperimentazione della copertura delle 12 ore diurne feriali mediante attivazione di alcune ore di ricezione telefonica da parte di un infermiere :

§ Nucleo di Imola Centro Ovest composto da 11 medici organizzati in 3 medicine di gruppo

§ Nucleo di Imola Centro Cavour composto da 15 medici di cui 14 sono organizzati in due medicine di rete.

§ Nucleo di Imola Cintura Nord composto da 17 medici di cui 12 sono organizzati in due reti e tre in una medicina di gruppo.

§ Nucleo della Comunità Montana composto da 6 medici di cui 5 organizzati in una medicina di gruppo.

Tra i cambiamenti dell'organizzazione della medicina generale imolese di maggiore impatto sul contesto complessivo, oltre che lo sviluppo delle forme di associazionismo, vi è stata la crescita nei professionisti della consapevolezza del sistema in essere di programmazione e controllo (budget).

La traduzione degli indirizzi in comportamenti operativi coerenti, richiede a sua volta comportamenti coerenti da parte degli altri professionisti, in particolare del mondo ospedaliero, inoltre impegna tutta l'organizzazione nella continua ricerca della appropriatezza basata sulle conoscenze tratte dalla Evidence Based Medicine, al fine di migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e in generale i comportamenti clinici dei professionisti che operano sul territorio. Nel corso del 2007 e 2008 sono stati attivati gruppi di lavoro multidisciplinari tra medici specialisti ospedalieri e medici di medicina generale, con il mandato di definire percorsi integrati di presa in carico dei pazienti con stroke, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, patologie gastroenterologiche e percorsi diagnostico terapeutici di

area medico geriatrica in regime di ricovero diurno/day service. Sono stati inoltre aggiornati i criteri di accesso alla lungodegenza ed è stata prodotta la linea guida aziendale sull'ipertensione che ha preso in esame tutte le categorie di farmaci antipertensivi, compresi diuretici e betabloccanti, definendo per ciascuna categoria i corretti ambiti di utilizzo, sulla base delle ultime Linee Guida Europee. Il documento di budget 2008 individua fra queste categorie alcune classi di farmaci da monitorare.

Rimangono, invariati, elementi che possono essere così riassunti:

- Viene confermato il criterio fondante e fondamentale su cui si costruisce tutta la trattativa di budget che è quello dell'appropriatezza basata sulle conoscenze tratte dalla Evidence Based Medicine, diretta a migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e in generale i comportamenti clinici nell'ambito della attività del professionista che opera sul territorio.
- Vengono riproposti obiettivi già esistenti, dei quali si conferma l'importanza.



Gruppo A: ATTIVITA' AGGIUNTIVE (Volumi)

A1. Visite ambulatoriali su appuntamento dedicato ai pazienti diabetici nell' ambito della presa in carico prevista dal progetto specifico, attivo presso l'Azienda USL di Imola dall'anno 2000.

A2. Presa in carico ambulatoriale (visite di controllo su appuntamento) dei pazienti affetti da BPCO, nell'ambito di uno specifico progetto aziendale, secondo Piano Diagnostico Terapeutico. Il progetto prevede il reclutamento occasionale dei pazienti a rischio di sviluppare una BPCO, la loro stadiazione secondo quanto previsto dalle linee guida aziendali (da aggiornare nel corso dei prossimi mesi) e la compilazione del libretto sanitario e diario clinico. Per quanto riguarda la periodicità dei controlli da garantire è di una volta all'anno per il primo stadio, di due volte all'anno per il secondo stadio. La rendicontazione ai competenti uffici dell'AUSL deve essere effettuata mediante la compilazione della modulistica utilizzata per le attività aggiuntive o utilizzando il prospetto disponibile nella cartella informatizzata millenium.

A3. Accessi ospedalieri al letto del paziente per alcuni particolari condizioni che richiedono la diretta partecipazione del medico curante alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale). Ai medici di medicina generale verrà consegnata una reportistica in merito all'attività in cui sono individuate separatamente le valutazioni finalizzate all'ammissione in struttura protetta.

A4. Presa in carico di pazienti assistiti a domicilio secondo le modalità della Assistenza Domiciliare Integrata (Incentivi di base: redazione del PAI, gestione del programma integrato e livelli di spesa programmati: costi marginali standard)

A5. Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione ultrasessantatreenne in misura almeno uguale al valore soglia indicato dalla Regione Emilia Romagna, che corrisponde al 75% della popolazione ultrasessantatreenne.

Gruppo B: RISULTATI QUALITATIVI

La seguente tabella elenca gli obiettivi qualitativi da conseguire da parte degli Ncp:

Ambito		Obiettivo
Appropriatezza della prescrizione farmaceutica	B1	Statine
	B2	ACE-inibitori isolati o in associazione
	B3	Sartani, isolati o in associazione
	B4	Calcio antagonisti
	B5	Antibiotici di "uso comune"
	B6	Glicocorticoidi per via inalatoria
	B7	Beta2-agonisti long acting in associazione, per via inalatoria
	B8	Inibitori della pompa protonica
Vedi allegato n. 1 "obiettivi farmaci"		
Assistenza ai Pazienti diabetici	B9	Pazienti diabetici seguiti secondo progetto diabete: miglioramento della presa in carico
ADI	B10	Numero di casi di II e di III livello pari allo 0,32 della popolazione assistita di ciascun Nucleo
Appropriato utilizzo del Pronto Soccorso	B11	Contenimento degli accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi
Vedi allegati n. 2 e 3		
Specialistica ambulatoriale: modalità prescrittiva visita cardiologica	B12	Diversificazione delle prime visite e dei controlli per visita cardiologica
Specialistica ambulatoriale: modalità prescrittiva visita oculistica	B13	Diversificazione delle prime visite e dei controlli per visita oculistica
Attività di visita ambulatoriale per appuntamento	B14	Adesione ad un modello organizzativo più funzionale alle attuali prevalenti necessità assistenziali dei pazienti cronici
Vedi allegato n. 4		

	Obiettivo	Razionale	Esito atteso	Standard	Unità di Misura
B1	<p>Statine Migliorare il rapporto costo efficacia per i pazienti dislipidemici che necessitano di terapia con statine, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto genericabili</p>	<p>Tutte le statine hanno l'indicazione nel trattamento dell'ipercolesterolemia e di forme dislipidemiche miste resistenti, nonostante l'educazione sanitaria e la correzione degli stili di vita. Se ne puo' differenziare l'uso a seconda dell'obiettivo prefissato (riduzione LDL) e delle categorie di pazienti (fattori di rischio) come previsto dalle Linee Guida Aziendali 2007</p>	<p>Diminuzione del costo medio per DDD del trattamento con statine in quanto principale indicatore dell'utilizzo del farmaco generico</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per un costo medio unitario per DDD inferiore o uguale a 0,60 Euro (<i>sinvastatina costo medio DDD € 0,375;</i> <i>pravastatina costo medio DDD € 0,346</i> <i>atorvastatina costo medio DDD € 1,021</i> <i>rosuvastatina costo medio DDD € 1,026</i> <i>costo medio statine AUSL 07: € 0,73</i> <i>costo medio statine AUSL 1 sem 08 : € 0,60</i>)</p>	<p>Costo medio per DDD delle statine utilizzate</p>
B2	<p>ACE-inibitori Migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti ipertesi che necessitano di trattamento con farmaci antiipertensivi del gruppo degli ACE-inibitori isolati o in associazione con diuretici, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto genericabili</p>	<p>In assenza di documentazione di una maggiore efficacia di una molecola del gruppo rispetto alle altre, si rende opportuno l'utilizzo di molecole a più basso costo unitario per DDD. Le linee guida 2007 consigliano l'uso dell'Ace inibitore nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scompenso cardiaco • disfunzione ventricolo sinistro • pregresso infarto miocardio • nefropatia diabetica e non diabetica • proteinuria microalbuminuria • nel DM tipo 1 con nefropatia • ipertrofia ventricolo sinistro • malattia aterosclerotica carotidea • fibrillazione atriale (2°scelta) • sindrome metabolica (2°scelta) 	<p>Diminuzione del costo medio per DDD del trattamento con ACE-inibitori in quanto principale indicatore dell'utilizzo del farmaco generico</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per un costo medio unitario per DDD inferiore-uguale a 0,300 Euro (<i>ramipril costo medio DDD € 0,192;</i> <i>costo medio AUSL 07: € 0,387</i> <i>costo medio AUSL 1 sem 08 € 0,301</i>)</p>	<p>Costo medio per DDD degli ACE-inibitori utilizzati</p>

	Obiettivo	Razionale	Esito atteso	Standard	Unità di Misura
B3	<p>Sartani (bloccanti recettori dell'angiotensina II) Prediligere l'uso dei Sartani isolati o in associazione con diuretici, nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, nei casi in cui le Linee Guida ne prevedono l'utilizzo</p>	<p>Dato lo sfavorevole rapporto costo-efficacia dei sartani si rende opportuno riservarne l'uso alle sole condizioni previste dalle Linee Guida 2007:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nefropatia diabetica • DM tipo 2 con nefropatia • proteinuria microalbuminuria • fibrillazione atriale • sindrome metabolica • tosse da ACE inibitore • scompenso cardiaco (2° scelta) • pregresso infarto miocardio (2° scelta) • ipertrofia ventricolo sinistro (2° scelta) • pregresse patologie cerebro vascolari (2° scelta) 	<p>Contenimento della percentuale di utilizzo dei Sartani sul totale dei farmaci antiipertensivi secondo le priorità previste dalle linee guida</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per una percentuale d'uso inferiore-uguale al 13,00 % sul totale dei farmaci antiipertensivi. (% DDD sartani AUSL 07: 11,42% (% DDD sartani AUSL 1 sem 08 :13,86)</p>	<p>% delle DDD dei Sartani, isolati o in associazione, sul totale dei farmaci antiipertensivi</p>
B4	<p>Calcio-antagonisti Migliorare il rapporto costo efficacia per i pazienti ipertesi che necessitano di trattamento con farmaci antiipertensivi del gruppo dei calcio-antagonisti, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto genericabili</p>	<p>All'interno delle diverse classi di calcio-antagonisti si rende opportuno l'utilizzo di molecole a più basso costo unitario per DDD. Le Linee Guida 2007 non prediligono una molecola rispetto ad un'altra e riservano a pochi casi il calcio antagonista come farmaco di prima scelta</p> <ul style="list-style-type: none"> • anziani con ipertensione isolata • angina pectoris • ipertrofia ventricolare sinistra (2° scelta) • malattia aterosclerotica carotidea e coronarica • gravidanza (2° scelta) • ipertensione nella razza nera • FA cronica (2° scelta) • sindrome metabolica (3° scelta) 	<p>Diminuzione del costo medio per DDD del trattamento con calcio-antagonisti in quanto principale indicatore dell'utilizzo del farmaco generico</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per un costo medio unitario per DDD inferiore a 0,380 € (amlodipina costo medio DDD € 0,254; costo medio AUSL 07: € 0,467 costo medio AUSL 1 sem 08 € 0,383)</p>	<p>Costo medio per DDD dei calcio-antagonisti utilizzati</p>

	Obiettivo	Razionale	Esito atteso	Standard	Unità di Misura
B5	<p>Antibiotici Promuovere l'utilizzo di antibiotici di "uso comune" in tutte le condizioni insorte primitivamente che non necessitano di indirizzi terapeutici specifici, o verso affezioni minori, o verso affezioni a eziologia ignota ecc. Inoltre, all'interno di questa logica, promuovere l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/efficacia (molecole genericabili)</p> <p>Le classi terapeutiche individuate si riferiscono a: amoxicillina, amoxicillina + acido clavulanico, macrolidi, cotrimossazolo.</p>	<p>Vi è ampia letteratura scientifica che valorizza il problema emergente della farmacoresistenza collegata sia all'utilizzo eccessivo di antibiotici in condizioni "banali", sia ad un uso incongruo di antibiotici di più recente generazione, i quali andrebbero riservati a condizioni morbose selezionate e resistenti</p>	<p>Miglior rapporto costo/efficacia nell'ambito degli antibiotici di "uso comune"</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per un costo medio per DDD inferiore a 1 € <i>(costo medio AUSL 07: € 1,22 costo medio AUSL 1 sem 08 € 1,04)</i></p>	<p>Costo medio per DDD degli antibiotici di uso comune</p>
B6	<p>Glicocorticoidi per via inalatoria Migliorare l'appropriatezza della prescrizione dei glicocorticoidi per via inalatoria (aerosol e spray) selezionando le condizioni morbose che si giovano di tale trattamento</p> <p>Promuovere inoltre l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/efficacia</p>	<p>I dati di confronto regionali pongono l'AUSL di Imola molto al di sopra della media quanto a consumo di questi farmaci, con il più elevato consumo tra tutte le Aziende USL territoriali.</p> <p>Linee Guida internazionali sulla BPCO (GOLD) riservano l'uso di tali farmaci oltre il secondo stadio.</p> <p>Alla luce di quanto sopra l'Ausl si impegna a garantire l'appropriatezza nella prescrizione dei farmaci.</p>	<p>Riduzione del consumo assoluto di glicocorticoidi</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto : per una prescrizione inferiore alle 11 DDD per mille assistiti pesati <i>(media.DDD/mille ass.pesati/die glicocorticoidi AUSL anno 07 : 10,26 media DDD/mille ass.pesati/die glicocorticoidi AUSL 1 sem 08: 11,21)</i></p>	<p>DDD per mille assistiti pesati / die</p>
B7	<p>Beta-2-long-acting in associazione Migliorare l'utilizzo di associazioni predefinite di beta2 agonisti long acting e cortisonici riservandoli al trattamento di Bpco e asma secondo linee guida</p>	<p>L'associazione in questione può trovare indicazione soltanto nelle forme morbose "gravi", mentre non trova giustificazione nelle forme morbose lievi.</p>	<p>Contenimento dell'uso di questi farmaci (in % ed in valore assoluto) all'interno di livelli predefiniti.</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo è previsto per una percentuale d'uso inferiore al 15 % sul totale dei farmaci del respiro <i>(% DDD associazioni beta2 L.A su tot.farmaci del respiro AUSL anno 07 : 15,44 % DDD associazioni beta2 L.A. su tot.farmaci del respiro AUSL 1 sem 08 :17,07)</i></p>	<p>% delle DDD di associazione beta2LA + cortisonico sul totale dei farmaci antiasmatici.</p>

	Obiettivo	Razionale	Esito atteso	Standard	Unità di Misura
B8	<p>Inibitori di pompa protonica Migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti in trattamento con farmaci Inibitori della Pompa Protonica, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto genericabili.</p>	<p>In assenza di documentazione di una maggiore efficacia di una molecola del gruppo rispetto alle altre, si rende opportuno l'utilizzo di molecole a più basso costo unitario per DDD</p>	<p>Diminuzione del costo medio per DDD del trattamento con Inibitori della Pompa protonica in quanto principale indicatore dell'utilizzo del farmaco generico</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo conseguibile è previsto per un costo medio unitario per DDD inferiore-uguale a 0,90 € (lansoprazolo: costo medio DDD: 0,61 € omeprazolo: costo medio DDD 0,630 € costo medio DDD AUSL 07: 1,167 € costo medio DDD AUSL 1 sem 08: 0,937 €)</p>	<p>Costo medio per DDD degli inibitori di pompa utilizzati</p>
B9	<p>Progetto diabete Migliorare l'aderenza alle linee guida aziendali per la gestione integrata del diabete mellito. Nel corso del 2008 è iniziata la revisione delle linee guida aziendali per la gestione integrata dei pazienti diabetici; uno degli obiettivi attesi è il miglioramento dell'integrazione con l'attività del centro antidiabetico</p>	<p>Monitorare i pazienti diabetici diagnosticati (come da esenzione ticket) secondo linee guida progetto diabete.</p>	<p>Massimizzare la percentuale dei pazienti diabetici in carico monitorati come da progetto diabete.</p>	<p>Il 100% dell'obiettivo massimo è conseguito al raggiungimento di almeno il 68 % dei pazienti esenti in carico</p> <p>Dato storico: nell'anno 2007 la percentuale dei pazienti presi in carico dai medici di medicina generale sul totale degli esenti per diabete è stata del 67,34%</p>	<p>% dei pazienti in carico sul totale dei pazienti esenti</p>

	Obiettivo	Razionale		Esito atteso		Standard		Unità di Misura										
B10	ADI Migliorare il livello della presa in carico dei pazienti che necessitano di assistenza domiciliare secondo quanto previsto dal documento aziendale sull'assistenza domiciliare in particolare nella parte riguardante i criteri di ammissibilità	Garantire pari equità assistenziale alle persone assistite dai Medici di Medicina Generale; limitare i ricoveri impropri, erogando cure domiciliari in grado di rispondere ai bisogni. Qualora emergessero difficoltà alla presa in carico di pazienti classificabili ADI II e ADI III il medico del Dipartimento Cure Primarie informerà il Coordinatore dei NCP e viceversa		Numero complessivo dei pazienti assistiti in ADI in rapporto alla popolazione assistita da ciascun nucleo		Il 100% dell'obiettivo corrisponde ad un numero di casi di II e III livello in essere pari allo 0,32 % della popolazione assistita del Nucleo di Cure Primarie; in caso di mantenimento del numero dei casi in essere nell'anno precedente si consegue il punteggio di 20. Fanno eccezione i Nuclei Centro Cavour e Medicina per i quali: - il 100% dell'obiettivo è previsto per il mantenimento del numero dei casi in essere nell'anno precedente - il punteggio di 20 punti è previsto per un numero di casi in essere pari almeno allo 0,32% della popolazione assistita		% dei casi di ADI 2° e 3° livello attivi in rapporto alla popolazione assistita										
										Assistiti totali	% casi 2007 adi 2 e adi 3 su assistiti	Totale Medici	ADI 1		ADI 2 e ADI 3			
													2007	2008	2007	2008 (punti 40)	2008 (punti 20)	
										Castel San Pietro-Dozza	24.699	0,27	22	0	1	67	79	67
										Centro Ovest	14.197	0,24	11	2	2	34	45	34
										Centro Cavour	15.520	0,36	15	0	1	56	56	50
										Cintura Nord	17.436	0,32	17	0	1	55	56	55
										Cintura Sud	13.286	0,23	11	2	2	31	43	31
										Vallata	7.277	0,30	6	0	1	22	23	22
										Medicina	19.431	0,38	15	5	6	74	74	62
Azienda	111.846	0,30	97	9	14	339	376	321										

	Obiettivo	Razionale	Esito atteso	Standard	Unità di Misura
B11	<p>Appropriato utilizzo del Pronto Soccorso: Promuovere negli assistiti una cultura che valorizza il ruolo del medico di fiducia quale primo interlocutore per i bisogni di primo livello; limitare un utilizzo non corretto del Pronto Soccorso per condizioni non emergenti né urgenti</p>	<p>Molteplici patologie croniche possono e devono trovare risposta presso la medicina generale, anche grazie all'evoluzione dell'associazionismo che facilita la presa in carico del paziente</p>	<p>Contenimento degli accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi</p>	<p>L'obiettivo è composto di due sottobiettivi (a e b) a ciascuno dei quali è assegnato il punteggio massimo di 25 punti:</p> <p>a) il 100% dell'obiettivo pari a 25 punti è conseguito per un tasso standardizzato di accesso al pronto soccorso (codici bianchi e verdi) integrato con i dati di mobilità passiva inferiore o uguale al 285 per mille assistiti su base annuale e al 142,5 per mille assistiti su base semestrale e al 71,25 per mille assistiti su base trimestrale (vedi grafico)</p> <p>b) Il 100% dell'obiettivo pari a 25 punti è conseguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i Nuclei con sede fisica con almeno il mantenimento del tasso standardizzato relativo all'anno precedente -per i Nuclei non dotati di sede fisica con un aumento del tasso standardizzato relativo all'anno precedente al massimo del 2% (vedi grafico) 	<p>a) Tasso standardizzato di accessi al PS su mille assistiti pesati per codici bianchi o verdi integrato con i dati di mobilità passiva</p> <p>b) Scostamento del tasso standardizzato di accessi al PS su mille assistiti pesati per codici bianchi o verdi integrato con i dati di mobilità passiva dell'anno in corso rispetto all'anno precedente</p>
B12 B13	<p>Specialistica ambulatoriale: visita cardiologica e visita oculistica Favorire la riduzione dei tempi di attesa e una gestione più appropriata delle prestazioni</p>	<p>Promuovere l'appropriatezza prescrittiva mediante la diversificazione delle liste d'attesa fra prime prestazioni e prestazioni di controllo</p>	<p>Diversificare la richiesta di accertamento di controllo da quella di prima prestazione o da quella motivata dal variare della situazione clinica (barrare la P o scrivere controllo)</p>	<p>Visite oculistiche: il 100% dell'obiettivo è raggiunto con una prescrizione di controllo di almeno il 20% del totale delle visite prescritte</p> <p>Visite cardiologiche: il 100% dell'obiettivo è raggiunto con una prescrizione di controllo di almeno il 25% del totale delle visite prescritte</p>	<p>Numero di prescrizioni di controllo per la visita oculistica e la visita cardiologica in relazione al totale delle visite prescritte</p>

B14	<p>Attività di visite ambulatoriali su appuntamento Aumentare la disponibilità oraria di visite per appuntamento degli ambulatori della medicina generale sul totale del tempo di apertura degli ambulatori.</p>	<p>Promuovere un modello organizzativo più funzionale a dare continuità alle necessità, oggi prevalenti, di monitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche.</p>	<p>Attivazione di visite per appuntamento per un congruo periodo di tempo sul totale della apertura dell'ambulatorio, secondo parametri specifici per i medici che operano individualmente e per le medicine di gruppo.</p>	<p>Vedi tabella allegata n.4</p>	<p>% delle ore dedicate a visite su appuntamento sul totale delle ore di apertura dell'ambulatorio</p>
-----	---	--	---	----------------------------------	--



Distribuzione delle risorse assegnate:

Gruppo A - ATTIVITA' AGGIUNTIVE (Volumi)

A1. Visite ambulatoriali su appuntamento dedicato ai pazienti diabetici nell'ambito della presa in carico prevista dal progetto specifico, attivo presso l'Azienda USL di Imola dall'anno 2000.

La presa in carico comporta una attività ambulatoriale dedicata: il paziente diabetico viene visitato su appuntamento e gli vengono prescritti gli accertamenti necessari secondo i criteri e le modalità previsti dalla linea guida.

Il compenso previsto per ogni singola visita è il seguente:

€ 20 dal mese di luglio 2008 al mese di settembre 2008

€ 25 a decorrere dal mese di ottobre 2008

A2. Presa in carico ambulatoriale (visite di controllo su appuntamento) dei pazienti affetti da BPCO, nell'ambito di uno specifico progetto aziendale, secondo preciso PDTA.

La presa in carico comporta una attività ambulatoriale dedicata: il paziente broncopneumopatico viene visitato su appuntamento: viene sottoposto a valutazione clinica e gli vengono prescritti gli accertamenti necessari secondo i criteri e le modalità previsti dalla linea guida.

Il compenso previsto per ogni singola visita è il seguente:

€ 20 dal mese di luglio 2008 al mese di settembre 2008

€ 25 a decorrere dal mese di ottobre 2008

A3. Accessi ospedalieri al letto del paziente per alcune particolari condizioni che richiedono la diretta partecipazione del medico curante alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale).

La reportistica su tale attività individuerà separatamente le valutazioni finalizzate all'ammissione in struttura protetta.

Il compenso previsto è di 30 euro per ogni accesso.

A4. Presa in carico di pazienti assistiti a domicilio secondo le modalità della Assistenza Domiciliare Integrata (Incentivi di base: redazione del PAI, gestione del programma integrato, e Livelli di Spesa Programmati: costi marginali standard).

Il compenso previsto è riportato nella tabella sottostante:

Livello assistenziale	Piano di assistenza individuale	Gestione del Programma integrato	LSP Costi marginali standard	LSP Costi marginali aggiuntivi
I	€ 35,00	€ 75,00	-----	Vedi tabella obiettivo B10
II	€ 124,00	€ 112,00	€ 104,00	
III	€ 124,00	€ 149,00	€ 207,00	

A5. Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione ultrasessantatreenne in misura almeno uguale al valore soglia indicato dalla Regione Emilia Romagna.

Nel caso venga raggiunto, o superato, il valore soglia del 75% della popolazione ultrasessantatreenne, il compenso aggiuntivo previsto è di 0,80 € per ogni assistito ultrasessantatreenne in carico al MMG.

Gruppo B - RISULTATI QUALITATIVI DI PERFORMANCE

Si ritiene, essendo già consolidato il processo di budgeting per la medicina generale, di superare il concetto di premio aggiuntivo al miglioramento e di riconoscere un valore del punto linearmente collegato al risultato realmente conseguito.

Nella tabella allegata n. 5 denominata "tabella valore punto" sono riportati i valori punto da attribuire nel periodo di vigenza del presente accordo.

Nella tabella allegata n. 6 sono indicati i punteggi previsti per ciascun obiettivo e la somma risultante pari a 860 punti. Tale tabella verrà utilizzata per rilevare il risultato di performance realmente conseguito da tutti i Nuclei.

Gruppo C- RISORSE PER IL SUPPORTO FORMATIVO ED ORGANIZZATIVO

C1 Formazione

Viene confermata la quota prevista corrispondente al 1% della retribuzione fissa dei medici di medicina generale

C2 Coordinatori N.C.P.

Per quanto riguarda questa voce si rimanda a quanto previsto nell'Accordo aziendale relativo all'applicazione dell'Accordo regionale siglato in data 8.1.2008

C3 Riunioni Ncp

Per la partecipazione alle riunioni del proprio Ncp, aggiuntive rispetto alle quattro previste dall'accordo sindacale sopra richiamato applicativo dell'air, alla voce "partecipazione operativa ai Ncp" viene confermato il compenso onnicomprensivo di € 104,00 per riunione fino ad un massimo di quattro riunioni annuali. Tale compenso non viene comunque corrisposto al Coordinatore.

C4 Riunioni commissioni, gruppi

La partecipazione alla elaborazione ex novo o alla revisione di Linee Guida e/o PDT, o ad altre iniziative a carattere organizzativo o gestionale, eventualmente proposte a livello aziendale è garantita con la presenza di norma di un rappresentante di ciascun Nucleo delle Cure Primarie per ogni Commissione o gruppo di lavoro. Il compenso per la partecipazione è di € 120,00 per incontro. Si prevede al massimo la costituzione di n. 3 commissioni o gruppi di lavoro aziendali all'anno per una media di 5 incontri ciascuno.

C5 Progetto Sole

In riferimento a quanto previsto nell'accordo sindacale applicativo dell'Accordo regionale si concordano i seguenti indicatori relativi all'utilizzo di progetto sole:

- 1) invio delle comunicazioni aziendali (compreso convocazioni, reportistica regionale o aziendale, documenti relativi a linee guida, cedolino e plico stipendiale, comunicazioni dell'ufficio farmaceutico, etc) nella casella di posta elettronica personale; per quanto riguarda le linee guida ed i cedolini e plichi stipendiali, l'Azienda è disponibile alla consegna diretta del cartaceo dietro richiesta del medico
- 2) percentuali di prescrizioni di laboratorio, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale relative ai servizi attivati tramite "Sole" sul totale delle prescrizioni effettuate (dati Cup 2000) pari o superiore al 70% (controlli mensili su tutti i medici collegati)
- 3) scarico delle notifiche non superiore ai 7 giorni (salvo periodi di ferie, malattie o altre assenze giustificate oppure per malfunzionamento del sistema); su tale indicatore l'Azienda si riserva di effettuare massimo 15 controlli mensili

In caso di inadempienze rispetto agli indicatori di cui ai punti 2) o 3), l'Azienda provvederà ad interpellare il medico interessato e il Coordinatore del Nucleo di Cure Primarie affinché

presentino eventuali motivazioni e controdeduzioni. Qualora alla successiva verifica il medico interessato risultasse nuovamente inadempiente, l'Azienda provvederà a sospendere il pagamento dell'incentivo previsto dall'accordo regionale, che verrà ripristinato alla ripresa della regolare attività.

FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE DELL'ACCORDO E DI VERIFICA DEI RISULTATI

Il presente accordo decorre dal 1.07.2008 e termina il 31.12.2009.

Ai MMG verranno forniti i reports trimestrali prodotti dall'azienda e riferiti ai dati rilevanti per le verifiche del tendenziale raggiungimento degli obiettivi stessi.

La tempistica per la consegna dei reports trimestrali 2008 è la seguente:

a) dati relativi al corretto utilizzo dei farmaci e alle modalità prescrittive delle prestazioni di specialistica ambulatoriali e al tasso standardizzato di accessi al Pronto Soccorso Ospedaliero:

dati 1° trimestre: consegna report entro il 31 luglio

dati 2° trimestre: consegna report entro il 31 ottobre

dati 3° trimestre: consegna report entro il 31 gennaio dell'anno successivo

dati 4° trimestre: consegna report entro il 30 aprile dell'anno successivo.

b) dati relativi ai casi di assistenza domiciliare integrata e al numero dei pazienti seguiti nell'ambito del progetto diabete:

dati 1° trimestre: consegna report entro il 31 maggio

dati 2° trimestre: consegna report entro il 31 agosto

dati 3° trimestre: consegna report entro il 30 novembre

dati 4° trimestre: consegna report entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

In carenza o in caso di incompletezza o ritardo superiore ai trenta giorni dei reports trimestrali sopra citati, la tabella allegata verrà applicata in senso incrementale di uno o più gradini, rispetto alle valutazioni annuali riferite al gruppo di medici interessato dal disservizio ed in proporzione allo stesso, ad eccezione dei casi in cui la mancata o tardiva consegna dei reports non sia imputabile a gravi ed impreviste motivazioni non dipendenti dall'Azienda.

Il presente accordo potrà essere rivisto anche prima della naturale scadenza in presenza di eventuali variazioni normative nazionali, regionali o in seguito a importanti riassetti organizzativi aziendali della Medicina Generale.

Ai fini previdenziali valgono i disposti del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Il presente accordo resta valido per prorogatio oltre il termine della scadenza fino al successivo, a meno che non intervenga disdetta scritta di una delle parti.

L'entrata in vigore dell'accordo regionale, ai sensi dell'ACN vigente, comporta l'adeguamento ai contenuti migliorativi in esso eventualmente presenti.

Imola,



Il Direttore Generale
Dr. Mario Tubertini

Il Segretario Provinciale F.I.M.M.G.
Dr. Renzo Le Pera

Il Segretario Provinciale C.G.I.L. Medici
di Medicina Generale
Dr.ssa Donatella Poggi

Il Rappresentante Aziendale
Federazione Medici
Dr.ssa Lucia Palma

FILMING

