

**IL COMITATO AZIENDALE
EX ART. 23 ACN
MEDICINA GENERALE**

Nella riunione del 18 dicembre 2017 le parti hanno convenuto di adottare i Progetti annuali di seguito elencati.

Le parti hanno convenuto che il Fondo annuale dei Progetti e i relativi accantonamenti degli anni precedenti è impegnato anche per i Progetti "Cronici" e "Vaccinazioni", così come definiti dal Comitato provinciale nella seduta del 21 settembre 2017.

Progetto TAO

Finalità del Progetto

Il presente progetto riprende la finalità del precedente: procedere con la progressiva riorganizzazione della gestione dei pazienti in TAO, improntata su un criterio di appropriatezza ormai consolidato da anni, oltre che in letteratura, anche dalle migliori esperienze esistenti in Provincia.

In particolare ci si propone, attraverso un'azione coerente ed integrata, che agisca su meccanismi premiali dei medici dipendenti e convenzionati, di assegnare (ove non già in carico) ai mmg la gestione dei pazienti individuati come "stabili" (con TTR > 70 % come da LLGG), mantenendo in carico ai Centri quelli con caratteristiche differenti o per criticità intercorrenti.

Il progetto non è esauribile in un anno, vista la numerosità della popolazione da reindirizzare, le resistenze al cambiamento che si verranno a determinare, la necessità di consolidamento delle conoscenze da parte dei medici convenzionati rispetto al tema.

Fasi operative del progetto

FORMAZIONE DEI MMG

Il primo progetto aveva previsto e realizzato una diffusa formazione dei mmg, per assicurare un bagaglio di conoscenze comuni ed aggiornate dei medici. Per questa ripresa si propone di attivare iniziative obbligatorie mirate a quanti non avessero già aderito alla prima formazione, oppure facoltative per coloro che intendessero riprendere le tematiche.

Si ritiene utile garantire un percorso formativo, da progettare da parte del gruppo di lavoro, che affronti anche le tematiche:

- Nuovi anticoagulati orali: indicazioni, gestione in sicurezza ed invio strutturato al centro di riferimento dei pazienti che presentino i criteri clinici.
- Embricazione TAO-eparine basso PM.

PASSAGGIO IN CARICO AI MMG.

Costituisce obbligo dei medici operanti nei Centri TAO, una volta individuati i pazienti la cui terapia può appropriatamente essere gestita dal mmg, informarli per lettera, in occasione del primo passaggio, del trasferimento in cura al medico di fiducia.

Questa fase deve coincidere con un obiettivo di attività che imponga ai Centri TAO di:

- dimettere della quota di pazienti preventivata per l'anno di vigenza del progetto;
- non riprendere in carico i pazienti il cui grado di stabilità (TTR>70%) sia adeguato per l'assegnazione ai mmg.

ACQUISIZIONE E MANTENIMENTO IN CARICO DA PARTE DEI MMG

Costituisce obbligo per mmg:

- prendere in carico i pazienti stabili dimessi dai Centri TAO;
- comunicare il dosaggio terapeutico in tempi utili con le modalità concordate con il paziente;

- non reindirizzare ai Centri TAO assistiti che si mantengano nei range di appropriatezza (TTR>70%).

Il meccanismo incentivante per i mmg sarà legato al periodo di mantenimento in carico dei pazienti censiti all'avvio del progetto e di quelli che dovessero emergere nel corso del medesimo. Per pazienti con un range terapeutico diverso da 2-3 INR o per ricevere il valore del PT via posta elettronica, il mmg invierà una mail all'indirizzo fornito dall'Azienda per gli adeguamenti del database di controllo (tao@apss.tn.it). Casi particolari (per es. pazienti che sospendono il trattamento durante un ricovero, etc) potranno essere gestiti ad hoc.

Definizioni necessarie alla gestione informatizzata del progetto

Si confermano le definizioni già fornite dal gruppo di programmazione:
in base a quale combinazione di dati un paziente è definito in TAO: più determinazioni di INR non accoppiato con aPTT e almeno una prescrizione di antivitamina K nel semestre;
in base a quale combinazione di dati si desuma l'appropriata continuità nella presa in carico del paziente; la qualità della terapia è determinata da un valore medio dei TTR pari o superiore al 60% per singolo prescrittore. Il TTR è calcolato su un arco di sei mesi (calcolo di Rosendaal FR). Il TTR medio è determinato dai valori di TTR di tutti i pazienti in carico al singolo medico di medicina generale.

Misurazione dei risultati del progetto

Il Servizio Sistemi Informativi dell'Azienda, sulla base delle definizioni di cui al punto precedente, continuerà ad assicurare il censimento dei pazienti effettivamente in TAO, comprensivo:

- ✓ della registrazione puntuale della continuità della presa in carico,
- ✓ della tracciatura dell'andamento dei parametri dei pazienti e dell'appropriatezza del mantenimento in cura da parte del medico di fiducia;
- ✓ di evidenza dei periodi di presa in carico al di fuori dei parametri di appropriatezza;
- ✓ di report mensile per i mmg, tramite comunicazioni di posta elettronica.

Ripartizione del fondo progettuale fra i mmg

- ✓ **definizione di una quota di 10 euro per mese di presa in carico e mantenimento in carico di assistito nel range di appropriatezza ("paziente stabile");**
- ✓ riconoscimento economico in base al valore medio dei TTR di tutti i pazienti in carico: se uguale o superiore al 60%, riconoscimento della quota per tutti i pazienti in carico; se il valore medio dei TTR dei pazienti in carico è inferiore al 60%, riconoscimento delle quote solo per i pazienti con TTR individuale pari o superiore al 70%.

Pagamento: il compenso sarà riconosciuto ai medici nella tempistica finora adottata.

	Euro	% incremento realizzato/stimato
2016	574.680	
2017	642.985	11,89
2018	713.713	11,00
2019	785.085	10,00
2020	855.742	9,00
2021	932.759	9,00
2022	1.007.380	8,00

Le parti concordano che eventuali residui del fondo progetti annuale, come integrato dal valore di 1.800.000 derivante dagli accantonamenti pregressi, saranno impegnati per incrementare la quota del Progetto TAO dell'anno successivo, fino al valore massimo di €13,00 per paziente preso in carico e mantenuto nel range definito dal progetto.

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche (ginocchio-colonna) per 1000 residenti di età maggiore o uguale ai 65 anni.

L'obiettivo prevede la diminuzione del tasso di Risonanze Magnetiche muscolo-scheletriche per 1000 residenti di età maggiore o uguale a 65 anni.

L'indicatore rappresenta uno degli indicatori di Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica (C13a.2.2.1) previsti dal Network S.Anna di Pisa per la valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie. Si tratta di un indicatore in cui la nostra Provincia ha cattiva performance. Tuttavia l'andamento è positivo, con graduale miglioramento dal 2012 al 2016 (si è passati dal 38,28 al 31,31 nel 2015).

Documenti di riferimento:

- Linee di indirizzo per l'appropriatezza prescrittiva delle indagini nel paziente affetto da gonalgia/lombalgia novembre 2014.
- Obiettivo PAT 2017:1.A.2:Appropriatezza diagnostica (Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti di età maggiore o uguale ai 65 anni - indicatore Mes S.Anna Pisa C.13a.2.2.1). Raggiunto: tasso >27/1000; parzialmente raggiunto <27 e >29/1000.

Per l'anno 2018 l'obiettivo si assume a riferimento il dato provinciale complessivo dell'anno 2016, depurato delle prestazioni erogate a assistiti di fuori provincia, pari a al 24,79 per mille (riferito alla popolazione residente di età maggiore o uguale a 65 anni).

completamente raggiunto (100%): se il tasso del singolo medico di medicina generale è inferiore o uguale al Tasso PAT 2016 (24,79/1000)

parzialmente raggiunto (all'80%): se il tasso del singolo medico di medicina generale è inferiore o uguale al 26/1000

parzialmente raggiunto (al 50%): se il tasso del singolo medico di medicina generale è compreso tra il 26,1/1000 ed il 28/1000)

Il tasso PAT viene calcolato al 30/04/2018 ed al 31/12/2018.

Il calcolo degli incentivi spettanti avviene annualmente.

I dati di prestazioni per il calcolo sono già presenti nei sistemi aziendali, ed i MMG non devono inviare nessuna informazione.

I MMG si impegnano a compilare correttamente il campo S (suggerita) sull'impegnativa.

Il fondo annuale per il progetto è di 350.000 Euro.

Viene ripartito sui singoli MMG in proporzione al numero di pazienti ultra 65enni nella popolazione iscritta mese per mese, per un controvalore/utente di 3 euro.

I pagamenti avverranno entro il 30 giugno per il risultato conseguito al 30 aprile, a marzo dell'anno successivo per il risultato conseguito al 31 dicembre.

Tasso di ospedalizzazione

Partecipare, insieme alle altre articolazioni del Servizio sanitario provinciale, all'obiettivo generale del raggiungimento del tasso di ospedalizzazione individuato come *target* dalla programmazione sanitaria della Provincia.

Documenti di riferimento:

- Indicatori Mes S. Anna Pisa

C4.8 Drg LEA medici;

C1.1 Tasso di Ospedalizzazione per 1000 residenti;

C11a Efficacia Assistenziale delle patologie croniche.

- Obiettivo PAT 2017:1.A.1: tasso di ospedalizzazione per la popolazione trentina residente
Raggiunto: tasso $\leq 150/1000$; parzialmente raggiunto compreso tra 155 e 150/1000.

L'indicatore utilizzato è il Tasso di Ospedalizzazione per 1000 residenti.

Per la valutazione dell'obiettivo si considera la performance complessiva provinciale. Le parti condividono che per consentire una liquidazione tempestiva del Progetto, il valore dei ricoveri fuori provincia viene computato a priori nella misura rilevata al 30/09/2017.

L'importo complessivo annuo del fondo è di 300.000 euro. Il Progetto si divide in due semestri, per ciascuno dei quali è valutato autonomamente il risultato e riconosciuta (se l'obiettivo è conseguito), la relativa quota incentivante.

La liquidazione avviene su **quota capitaria di 0,65 Euro** per paziente in carico in corso d'anno.

L'obiettivo si intende raggiunto (100% della quota incentivante) se il tasso di ospedalizzazione provinciale al 30/06/2018 (I semestre) e al 31/12/2018 (II semestre) è minore o uguale al tasso target (145/1000 residenti).

L'obiettivo si intende parzialmente raggiunto (80% della quota incentivante) se il tasso di ospedalizzazione provinciale al 30/06/2018 (I semestre) e al 31/12/2018 (II semestre) è compreso tra 145 e 146/1000 residenti.

Pagamenti: gli obiettivi conseguiti nel primo semestre saranno pagati entro il 30 settembre, gli obiettivi del secondo semestre saranno pagati entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Prevenzione oncologica

Migliorare il tasso di adesione, da parte del singolo medico di medicina generale, allo screening della cervice uterina rispetto al tasso di adesione attuale (dato 2015: 40,0%).

Migliorare il tasso di adesione, da parte del singolo medico di medicina generale, allo screening del colon retto rispetto al tasso di adesione attuale (dato 2015: 60,5%).

L'obiettivo si prefigge di coinvolgere maggiormente il singolo medico di medicina generale in azioni personalizzate di counselling e rinforzo sui cittadini target dei due screening nazionali, per aumentarne il tasso di adesione complessivo (al primo ed al secondo invito).

Il fondo annuale del progetto è di 330.000 euro, ripartito sui due indicatori (165.00 euro per screening della cervice uterina e 165.00 euro per screening del colon retto)

La valutazione del raggiungimento dell'obiettivo avviene, per il singolo medico di medicina generale, sulla base dei due tassi provinciali:

1. Screening della cervice uterina

La liquidazione avviene su **quota capitaria di Euro 3,70** per paziente (donne) in carico di età compresa tra i 26 e i 64 anni.

L'obiettivo si intende raggiunto (100%) se il tasso di adesione complessivo provinciale al 31/12/2018 è >45% (standard desiderabile >60%; standard accettabile > 45% - S.Anna di Pisa).

2. Screening del colon retto

La liquidazione avviene su **quota capitaria di Euro 2,70** per paziente (uomini e donne) in carico di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

L'obiettivo si intende raggiunto (100%) se il tasso di adesione complessivo provinciale al 31/12/2018 è >65% (standard desiderabile GISCoR >65%).

Pagamento: avverrà entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Gestione del paziente diabetico di tipo II.

Adesione al PDTA Diabete di dicembre 2015.

Il Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale operante in PAT descrive in questo modo il ruolo del MMG:

Il Medico di Medicina Generale concorre a raggiungere alcuni obiettivi strategici nella identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti e nella diagnosi precoce e nella cura dei pazienti con diabete mellito.

In particolare, in caso di insorgenza di diabete (diabete di prima diagnosi):

1. *effettua il primo inquadramento clinico e invia il paziente al Centro Diabetologico di riferimento nelle situazioni previste e ogniqualvolta lo ritenga necessario*
2. ***effettua il follow up con la frequenza programmata per il singolo paziente***
3. *monitora le complicanze del diabete e collabora con gli specialisti nella loro cura*
4. *nel caso di una gravidanza, richiede il primo controllo della glicemia, pone la diagnosi di diabete gestazionale e invia la donna al Centro/ambulatorio diabetologico territorialmente di riferimento.*

Il Medico di Medicina Generale svolge altresì un ruolo determinante affinché i propri assistiti:

5. *aderiscano alle terapie prescritte e al percorso di cura*
6. ***raggiungano i target terapeutici***
7. *adottino corretti stili di vita*
8. *utilizzino in maniera appropriata l'automonitoraggio glicemico*



Il presente Obiettivo promuove in particolar modo il miglioramento dalle azioni 2) (processo) e 6), (esito) utilizzando alcuni indicatori previsti dal PDTA:

Indicatori di processo:

- 
- a) proporzione di diabetici che effettuano il controllo dell'emoglobina glicata;

L'obiettivo si ritiene raggiunto se almeno il 90% dei pazienti diabetici effettua il controllo dell'Hb glicata una volta nel semestre (gli esami nell'anno sono due).



L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto se almeno il 60% dei pazienti diabetici effettua il controllo dell'Hb glicata 1 volta nel semestre.

- b) proporzione di diabetici che effettuano l'esame ACR o proteinuria;

L'obiettivo si ritiene raggiunto se il almeno il 90% dei pazienti diabetici effettua l'esame ACR o proteinuria 1 volta nell'anno.

L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto se almeno il 60% dei pazienti diabetici effettua l'esame ACR o proteinuria 1 volta nell'anno.

- c) proporzione di diabetici di età inferiore a 75 anni che effettuano il dosaggio colesterolo LDL e/o calcolato;

L'obiettivo si ritiene raggiunto se almeno il 90% dei pazienti diabetici <75 anni effettua il dosaggio del colesterolo LDL 1 volta nell'anno.

L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto se almeno il 60% dei pazienti diabetici <75 anni effettua il dosaggio del colesterolo LDL 1 volta nell'anno.

Indicatore di Esito:

- d) Proporzione diabetici di età 66-75 anni con valore medio di emoglobina glicata.

L'obiettivo si ritiene raggiunto se almeno il 60% dei soggetti diabetici di età 66 - 75 anni ha un valore medio di emoglobina glicata nell'anno ≤ 64 mmol/mol (≤ 8.0 %).

L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto se almeno il 40% dei soggetti diabetici di età 66 - 75 anni ha un valore medio di emoglobina glicata nell'anno ≤ 64 mmol/mol (≤ 8.0 %).

Il numero di pazienti diabetici viene calcolato da APSS sulla base degli algoritmi Cineca: esenzione+ricoveri+farmaceutica.

Il fondo annuale per il progetto è di 1.000.000 Euro.

Viene ripartito sui singoli MMG in proporzione al numero di pazienti diabetici identificati nella popolazione iscritta.

Stimando la presenza in PAT di circa 25.000 diabetici (tasso 5.5%, dato ISTAT 2012) con più di 14 anni, si stima una quota/paziente di 40 euro annui, per un fondo totale di 1.000.000.

Per l'obiettivo a) (proporzione di diabetici che effettuano il controllo dell'emoglobina glicata), al 30/06 ed al 31/12 viene calcolata la popolazione di diabetici in carico: il 50% del fondo viene impegnato per la prima verifica di risultato, il 50% per la seconda.

Gli altri obiettivi da b) a d) sono valutabili solo su base annuale.

La ripartizione del fondo sui quattro indicatori è la seguente:

- a) proporzione di diabetici che effettuano il controllo dell'emoglobina glicata: 25%
 b) proporzione di diabetici che effettuano l'esame ACR o proteinuria: 25%
 c) proporzione di diabetici di età inferiore a 75 anni che effettuano il dosaggio colesterolo LDL: 25%
 d) Proporzione diabetici di età 66-75 anni con valore medio di emoglobina glicata: 25%

	importo	Popolazione	costo annuo
a) proporzione di diabetici che effettuano il controllo dell'emoglobina glicata: 25%	5 (semestrale)	25.000	250.000
b) proporzione di diabetici che effettuano l'esame ACR o proteinuria: 25%	10 (annuo)	25.000	250.000
c) proporzione di diabetici di età inferiore a 75 anni che effettuano il dosaggio colesterolo LDL: 25%	10 (annuo)	25.000	250.000
d) Proporzione diabetici di età 66-75 anni con valore medio di emoglobina glicata: 25%	10 (annuo)	25.000	250.000
TOTALE Euro	40		1.000.000

Le parti convengono il riconoscimento, in caso di conseguimento parziale dell'obiettivo, del 60% della misura fissata per il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Pagamento: entro il 31 agosto (obiettivo a) ed entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Disposizioni comuni a tutti i Progetti.

Il presente Accordo è vigente per le annualità 2018 – 2022.

Annualmente il Comitato aziendale ridefinirà la misura degli obiettivi dei singoli progetti da conseguire per l'anno successivo, salvo preavviso di disdetta delle parti, con preavviso di almeno due mesi.

Allegato: **Tabella 1 - Allegato all'Accordo in sede di Comitato aziendale del 18 dicembre 2017**

Firme

Il Direttore Generale
(dott. Paolo Bordon)

Per l'Azienda, i componenti del Comitato
(dott. Arrigo Andrenacci)

(dott.ssa Daniela Zanon)

(dott. Luca Gherardini)

Per CISL Medici - Intesa Sindacale
(dott. Nicola Paoli)

Per FIMMG
(dott. Matteo Giuliani)

Per SNAMI
(dott. Nicola Lenti)

Per SMI
(dott. Nabil Fattouh)

Tabella 1 - Allegato all'Accordo in sede di Comitato aziendale del 18 dicembre 2017

Proiezione progetti quota di fondo assegnata e stima

	TAO	% incremento realizzato/ stimato	Gestione del paziente diabetico.	Tasso di prestazioni RM	Tasso di ospedalizzazione	Prevenzione oncologica	Cronici	Vaccinazioni	importi stimati per pieno raggiungimen to obiettivi importi certi
2016	574.680								
2017	642.985	11,89							
2018	711.050	10,59	1.000.000	350.000	300.000	330.000	232.093	172.777	
2019	777.076	9,29	1.000.000	350.000	300.000	330.000	232.093	172.777	
2020	839.131	7,99	1.000.000	350.000	300.000	330.000	232.093	172.777	
2021	895.234	6,69	1.000.000	350.000	300.000	330.000	232.093	172.777	
2022	943.449	5,39	1.000.000	350.000	300.000	330.000	232.093	172.777	

□

Disponibilità annua	Disponibilità da accantonament i
1.419.455	1.800.000
1.419.455	1.800.000
1.419.455	1.800.000
1.419.455	1.800.000
1.419.455	1.800.000

Totale accantonamenti	9.000.000
--------------------------	-----------

Capienza
3.219.455
3.219.455
3.219.455
3.219.455
3.219.455

Saldo	Saldo complessivo
123.535	
57.509	6.985
- 4.546	
- 60.649	
- 108.864	