



**ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE CON I MEDICI DI
MEDICINA GENERALE
2005**

AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA

Bologna, Febbraio 2005

LE PARTI CONVENUTE

L'Azienda U.S.L. di Bologna rappresentata nella persona del Direttore Generale Dr. Franco Riboldi

La F.I.M.M.G. Bologna rappresentata nella persona del Segretario Provinciale Dr. Stefano Zingoni

STIPULANO L'ACCORDO AZIENDALE DISCIPLINATO NEL SEGUENTE DOCUMENTO

Indice:

- 1. Principi generali per l'accordo sindacale (parte prima)**
- 2. Obiettivi generali dell'accordo (parte seconda)**
- 3. Contenuti dei fondi di incentivazione (parte terza)**

PARTE PRIMA

LO SVILUPPO DELLA MEDICINA GENERALE NELL'AUSL DI BOLOGNA

PRINCIPI GENERALI PER L'ACCORDO SINDACALE PER IL 2005

IL CONTESTO

L'Azienda USL di Bologna e la FIMMG condividono il valore della centralità delle cure primarie e del Medico di Medicina Generale nel governo del processo assistenziale.

Negli ultimi anni la medicina generale è stata interessata da importanti processi di sviluppo e trasformazione, in particolare all'interno dei territori dell'attuale AUSL di Bologna.

Questo sviluppo si è innestato su un tessuto ricco di competenze professionali della medicina generale, a cui le innovazioni istituzionali e le politiche di gestione hanno riconosciuto particolare attenzione e cercato di dare un ulteriore impulso finalizzato all'innovazione. Il supporto aziendale si è concentrato in particolare sullo sviluppo delle differenti tipologie di associazionismo (dalla medicina in rete ai centri di medicina generale), sull'introduzione di nuovi strumenti di governo clinico e di nuove modalità di risposta al bisogno (PDT e linee guida aziendali, ad es. per la presa in carico dei pazienti diabetici), sul consolidamento dei sistemi informativi dei MMG (singoli o associati) e dell'AUSL, sull'introduzione di logiche e strumenti capaci di supportare i professionisti nel miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche per massimizzare il possibile beneficio sociale ottenibile con le risorse date, sull'incremento – infine – qualitativo e quantitativo dell'assistenza domiciliare nell'ambito del quale al MMG è riconosciuto un ruolo centrale e imprescindibile.

Lo sviluppo della medicina generale non è avvenuto però in modo uniforme sul territorio dell'AUSL di Bologna, che presenta elementi di eccellenza differenziati nei diversi ambiti territoriali, con tassi di adesione alle sperimentazioni molto eterogenei tra i professionisti. Questa considerazione segnala un duplice problema: il trasferimento delle esperienze eccellenti all'intero territorio aziendale e la garanzia di equità nella tipologia di cure ottenibile dai cittadini dalle cure primarie.

La nuova azienda USL nasce con l'obiettivo di valorizzazione e diffusione dell'ingente patrimonio di esperienze e *know how* sviluppato in questi ultimi anni nel territorio metropolitano bolognese, oltre che per razionalizzare l'uso delle risorse disponibili che, al momento, palesano, in tutti i settori assistenziali, una situazione di grave deficit che comporta una tensione finanziaria nel complessivo sistema regionale dell'Emilia-Romagna, ponendo al suo interno anche un problema di equità distributiva.

OBIETTIVI PER LA MEDICINA GENERALE

Lo sviluppo della medicina generale nell'azienda USL di Bologna intende proseguire e rafforzare il trend di crescita scientifica, culturale ed assistenziale degli ultimi anni, in coerenza con la Programmazione Sanitaria Provinciale (PAL) e le risorse disponibili, ponendosi in particolare i seguenti obiettivi:

- a) Promozione della crescita dei servizi territoriali che al tempo stesso valorizzi il ruolo centrale dei MMG, attraverso il consolidamento di strutture organizzative più funzionali (nuclei di cure primarie e dipartimenti di cure primarie, *in primis*) e di efficaci sistemi operativi (programmazione e controllo dei risultati, governo clinico, organi di concertazione professionale e gestionale, ecc.) in grado di alimentare e monitorare il ruolo dei MMG nei processi sanitari;
- b) Consolidamento del sistema delle cure primarie e delle cure intermedie (cure domiciliari, ospedali di comunità, dimissioni protette, ecc.) per proseguire il processo di diminuzione dell'intensità assistenziale in risposta a bisogni di salute che, in coerenza con il nuovo scenario epidemiologico, sono sempre più caratterizzati dall'incidenza di malattie stabilizzate e cronico-degenerative;

- c) Ricerca dell'appropriatezza delle cure, in base alle migliori evidenze scientifiche internazionali e alle personali esigenze dei pazienti, attraverso l'utilizzo sempre più efficace delle logiche e degli strumenti di governo clinico;
- d) Massimizzazione del beneficio sociale ottenibile dalle risorse effettivamente disponibili;
- e) Aumento del grado di equità delle cure primarie nell'azienda, tramite la diffusione sistematica delle esperienze innovative eccellenti, l'incremento del coinvolgimento dei professionisti mirato ad uniformare i tassi di reclutamento dei loro assistiti, al fine di garantire una progressiva omogeneizzazione dei consumi sanitari tra i territori, in coerenza al quadro epidemiologico.

Questi obiettivi, certamente articolati ed importanti, sono sicuramente realistici nell'ambito di questo contesto territoriale, ricco di esperienze accumulate e che riconosce ulteriori potenzialità disponibili; tuttavia, essi richiedono di essere considerati in un orizzonte pluriennale come elementi di stimolo ad un processo evolutivo permanente in termini di crescita professionale, clinica, organizzativa e gestionale per il settore delle cure primarie.

PRINCIPI GENERALI DELL'ACCORDO

Alla luce delle considerazioni di contesto e degli obiettivi strategici ora presentati, si propongono i seguenti principi generali per l'accordo sindacale per i MMG.

- 1) Consolidare e diffondere le innovazioni cliniche ed organizzative su tutta l'azienda. In particolare, questo principio intende promuovere la progressiva uniformità dei livelli di adesione dei professionisti agli strumenti di governo clinico, alle cure domiciliari, alle forme di associazionismo, con uguale intensità di reclutamento di pazienti, in coerenza ai bisogni presenti. Per cogliere questo ambizioso obiettivo può essere utile concentrarsi almeno inizialmente, soprattutto su obiettivi di diffusione oltre che di innovazione, concentrando le risorse su poche dimensioni ritenute critiche e rilevanti.
- 2) Considerare la possibilità di realizzare una relativa eterogeneità delle soluzioni organizzative tra i diversi ambiti geografici dell'azienda, interpretabile come una ricchezza da valorizzare in coerenza con l'eterogeneità rilevata nelle condizioni di contesto, nelle competenze disponibili e nelle tradizioni storiche dei territori.
- 3) Uniformare progressivamente i livelli di consumi sanitari nei diversi ambiti territoriali e nei diversi ambiti di cura in coerenza ai quadri epidemiologici presenti, per garantire maggiore equità ed appropriatezza nelle cure, in equilibrio rispetto alle risorse disponibili.
- 4) Definire con precisione i meccanismi di raccordo tra centro e periferia, data l'ampiezza delle dimensioni geografiche e gestionali dell'azienda unica metropolitana. A questo proposito è strategico, nell'ambito del Distretto, lo sviluppo dell'assetto organizzativo territoriale per le cure primarie, in particolare nuclei delle cure primarie e dipartimenti delle cure primarie. Non è più possibile, infatti, fare leva su strumenti di coordinamento e gestione di tipo informale, mentre è necessario strutturare ed ingegnerizzare le strutture organizzative e i sistemi operativi. Nell'ambito delle cure primarie è quindi necessario che l'accordo sindacale con i MMG rappresenti una cornice di regole che definisca centralmente "le regole del gioco" in termini di capienza dei fondi di incentivazione e delle risorse organizzative per le cure primarie, gli obiettivi aziendali e distrettuali, lasciando a livello periferico la definizione puntuale degli obiettivi territoriali, in una logica "clusterizzata", che riconosce l'eterogeneità delle situazioni storiche di partenza per evitare la definizione di obiettivi medi uguali per tutti senza irrigidire eccessivamente il sistema (date le dimensioni dell'azienda) con una programmazione capillare centralizzata.

- 5) Superare la logica dell'adesione frammentata alle sperimentazioni gestionali, a favore di un approccio condiviso di evoluzione delle cure primarie in cui l'intera categoria professionale è coinvolta in processi di miglioramento dell'appropriatezza, di sviluppo delle cure primarie ed intermedie che richiedono il MMG come soggetto organizzativo centrale.
- 6) Sviluppare strumenti di governo clinico e di monitoraggio dell'appropriatezza dei consumi sanitari degli assistiti che supportino il professionista nell'esercizio della propria autonomia clinica in maniera consapevole, anche per stimolare una visione complessiva dell'attività e dei risultati ottenuti con il proprio lavoro che consenta al medico di governare l'insieme dei fattori produttivi e di qualità sui quali può agire.
- 7) Promuovere la formazione professionale dei Medici di Medicina Generale anche coinvolgendoli attivamente nel ruolo di ricercatori, tutors, docenti.
- 8) Correlare i processi di cui ai punti precedenti con soluzioni economiche congrue rispetto agli aumentati carichi di lavoro, impegno e responsabilità dei professionisti coinvolti che deriveranno dall'accordo stesso.

PARTE SECONDA

OBIETTIVI GENERALI DELL'ACCORDO

CAPITOLO 1 - GOVERNO CLINICO

1.1. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDT)

Il tema dell'appropriatezza delle cure è un obiettivo prioritario che l'Azienda persegue in generale e a livello del territorio attraverso la costituzione di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) come strumento organizzativo e gestionale delle cure erogate su patologie critiche e/o prioritarie. L'elaborazione, condivisione e implementazione di un PDT struttura una visione integrata del processo di cura che coinvolge professionalità, ambiti di cura e tecnologie differenti e che è strumento attraverso cui garantire maggiore sistematicità organizzativa e appropriatezza clinica e nell'uso delle risorse, alla risposta di bisogni di salute prioritari.

Il presente accordo sottolinea in particolare la necessità di favorire e incentivare un coinvolgimento del MMG sul trattamento di patologie croniche da affrontare con sempre maggiore appropriatezza e sulle prestazioni che arricchiscono la gamma dei servizi che il MMG effettua direttamente nei confronti del paziente.

L'unificazione delle aziende sanitarie dell'area metropolitana costituisce un'occasione per promuovere una nuova logica di governo clinico delle cure territoriali. Lo scopo è coniugare il perseguimento di obiettivi di omogeneità nella risposta in determinati (e limitati) ambiti di assistenza, considerati prioritari a livello aziendale (il "minimo comune denominatore"), con la possibilità di sviluppare iniziative a livello distrettuale o interdistrettuale, sulla base delle specificità epidemiologiche e organizzative dei territori e la valorizzazione delle esperienze pregresse/in atto.

L'Azienda incentiva l'elaborazione, la sperimentazione e l'implementazione di PDT nell'ambito dei limiti economici di un fondo specifico.

Al momento attuale, vengono, pertanto, identificati i seguenti PDT ambulatoriali "aziendali" (ovvero omogenei a livello di azienda) che hanno durata triennale:

- Diabete di tipo 2
 - Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana
- riservandosi in ciascun Distretto di elaborare e attivare (o mantenere) altri PDT distrettuali coerentemente con lo specifico fabbisogno locale.

Eventuali altri PDT che, dalle sperimentazioni verranno valutati positivamente, saranno introdotti in tutta l'Azienda attingendo a Fondi da negoziare successivamente.

1.1.1. PDT aziendale "Diabete"

È prevista l'elaborazione di un PDT a livello aziendale finalizzato alla presa in carico del paziente diabetico tipo 2 non insulino trattato non complicato da parte del MMG a partire dalle Linee Guida regionali.

L'accordo rinvia al Gruppo di Lavoro del Piano Attuativo Locale sul Diabete l'elaborazione di un nuovo percorso del paziente "diabetico", che armonizzi le esperienze pregresse e gli strumenti disponibili (protocolli, linee guida aziendali e sperimentazioni) per il trattamento di questa patologia, evidenziando in particolare le connessioni organizzative e le interazioni con gli ambiti di cura specialistici e le risorse organizzative disponibili.

I progetti in essere rimarranno attivi fino alla predisposizione del nuovo percorso aziendale. Il percorso indicato dalla Commissione diabete che, al momento attuale, corrisponde al Gruppo di Lavoro PAL aziendale, sarà il riferimento tecnico scientifico per parametrare gli investimenti aziendali nei percorsi al tavolo con le OO.SS..

Ai fini dell'adesione al percorso è un prerequisito per il MMG aderente l'attivazione dell'ambulatorio di patologia dedicato e l'adozione di strumenti utili per il monitoraggio così come definiti tra le parti.

Fatto salvo quanto previsto dal capitolo 1 punto 1.1 paragrafo 3, resta fermo l'obiettivo del 2,5% della popolazione assistita quale tetto massimo di prese in carico attivabili e incentivabili a livello aziendale, fatto salvo il tetto individuale per MMG anche superiore a tale percentuale e contenuto, in ogni caso, entro una percentuale massima individuale pari al 5,8%. In questa fase, gli obiettivi del PDT sono di tre tipologie riferiti sia al singolo medico e sia al NCP.

Obiettivi da riferire al singolo medico:

- applicazione dei contenuti del PDT relativamente all'effettuazione degli accessi programmati per il monitoraggio del paziente presso il MMG
- percentuale di pazienti inviati (vale la data di proposta) alla consultazione specialistica - Centro Diabetologico - come da PDT pari o superiore al 70%
- raggiungimento di risultati coerenti con il PDT, di cui in specifico: valori accettabili o di miglioramento di Hb-glicata nel 65% dei pazienti o altri da definire, utili nel medio periodo a valutare la ricaduta assistenziale dei percorsi.

Obiettivi da riferire al NCP:

- presa in carico dei pazienti diabetici secondo i contenuti del PDT per una percentuale pari al 2,5% della popolazione assistita dal NCP
- percentuale di pazienti inviati dal NCP (vale la data di proposta) alla consultazione specialistica - Centro Diabetologico - come da PDT pari o superiore al 70%
- raggiungimento di risultati coerenti con il PDT, di cui in specifico: valori accettabili o di miglioramento di Hb-glicata nel 65% dei pazienti o altri da definire, utili nel medio periodo a valutare la ricaduta assistenziale dei percorsi.

1.2. PREVENZIONE E L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

1.2.1. Progetti per l'educazione sanitaria e la prevenzione

Le parti convengono di destinare un fondo per l'incentivazione di progetti di comune e concorde elaborazione attinenti aree tematiche quali:

- ❑ Adesione a percorsi concordati di educazione sanitaria sugli assistiti in carico, allo scopo di facilitare lo sviluppo e la condivisione di progetti che mirino ad un migliore utilizzo delle risorse aziendali
- ❑ Adesione a percorsi concordati di prevenzione sugli assistiti in carico, allo scopo di facilitare lo sviluppo e la condivisione di progetti che mirino ad una ricerca dell'appropriatezza e a un migliore utilizzo delle risorse aziendali

Gli specifici progetti saranno elaborati nelle loro linee d'indirizzo e per la quantificazione economica da un tavolo tecnico individuato concordemente.

1.2.2. Vaccinazioni antinfluenzali

La vaccinazione della popolazione ultra 64enne (cittadini che hanno compiuto i 65 anni di età) costituisce un obiettivo prioritario dell'Azienda sul quale coinvolgere i MMG secondo una logica di incentivazione che partendo dalla tariffa per vaccinazione definita dall'ACN preveda ulteriori incentivazioni in base ai livelli di attività e dei risultati conseguiti in termini di copertura della popolazione target.

L'obiettivo di copertura è fissato a livello aziendale in una percentuale variabile che va dal 72% della popolazione superiore a 64 anni nel primo anno di applicazione dell'accordo al 75% della medesima popolazione nel secondo e nel terzo anno di applicazione dell'accordo. Sulla base di questo obiettivo definito a livello aziendale con le OO.SS., il sistema di programmazione di distretto provvederà a concordare con le OO. SS firmatarie di questo accordo obiettivi di NCP personalizzati, coerenti con la collocazione dei risultati di copertura storica del NCP.

Al raggiungimento dell'obiettivo di NCP verranno incentivate tutte le vaccinazioni effettuate da parte di tutti i MMG del NCP.

Nel caso in cui il NCP non avesse raggiunto l'obiettivo, si concorda altresì di erogare l'incentivo ai singoli Medici che abbiano raggiunto l'obiettivo di copertura vaccinale pari al 75% della popolazione ultra 64enne assistita.

1.3. PRESTAZIONI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE (PPIP)

Le PPIP trovano la loro normativa di riferimento per la tariffazione le modalità erogative ed il tetto massimo concedibile nell'ACN vigente. Il territorio aziendale già ricco di esperienze di erogazioni assistenziali complesse da parte dei MMG dovrà nelle intenzioni dei firmatari ulteriormente potenziarsi. In questa realtà i MMG potranno richiamare prestazioni (PPIP) oggi espletate in altri settori del sistema sanitario. Si imporrà di conseguenza un possibile superamento degli attuali limiti di tipologie prestazionali, così come parzialmente previsto dall'accordo regionale vigente per alcune forme assistenziali (art. 4).

Le parti concordano sull'opportunità di monitorare il fenomeno al fine di verificare l'omogeneità dell'offerta prestazionale sulla popolazione assistita.

1.4. FORMAZIONE

Le parti riconoscono il valore delle iniziative di formazione permanente rivolte ai MMG.

A tal fine viene predisposto un Programma Annuale tale da realizzare il **PERCORSO FORMATIVO** per l'aggiornamento dei MMG elaborato in sintonia al Piano per la Formazione della Azienda, al fine di garantire coerenza con le iniziative di aggiornamento rivolte alle diverse figure professionali presenti nel Dipartimento delle Cure Primarie.

La Commissione Paritetica Aziendale per la formazione, composta di sei membri per parte, rappresenta l'organismo che ha il compito di individuare e realizzare le iniziative di formazione obbligatoria e tutte le iniziative formative che necessitano diffusione e trattazione unitaria sul territorio aziendale.

In particolare, nell'ambito del "**programma di informazione indipendente sui farmaci**", che l'azienda intende realizzare attraverso i propri farmacisti interni, saranno organizzati due momenti, all'interno del progetto di formazione obbligatoria, nel corso dell'anno, finalizzati alla presentazione/ discussione di "pacchetti informativi" tenendo anche in conto l'analisi dei bisogni formativi sul tema dei MMG.

La programmazione delle iniziative proposte dai MMG è svolta a livello dei Distretti, attraverso le Commissioni Paritetiche Distrettuali, composte da due membri per parte al fine di consentire la realizzazione di eventi formativi più mirati a specifiche esigenze locali dei NCP e rappresenta il 50% delle iniziative sempre tenendo in conto l'analisi dei bisogni formativi dei MMG.

La ripartizione istituita è coerente con una logica che coniuga il perseguimento di obiettivi di omogeneità nella risposta ad obiettivi di formazione "aziendali", con la personalizzazione di iniziative a livello locale (distrettuale), sulla base delle specificità epidemiologiche e dei fabbisogni formativi dei MMG. L'inclusione della formazione nel capitolo dedicato al Governo Clinico è coerente con una visione in cui essa è strumento prioritario a supporto della gestione dei PDTA aziendali e locali.

L'Azienda U.S.L.:

- riconosce l'importanza della attività degli Animatori per la formazione e l'aggiornamento e si impegna ad avvalersi della loro collaborazione in ciascuna fase di realizzazione dei programmi di aggiornamento e formazione
- riconosce la necessità di far coincidere la obbligatorietà dell'aggiornamento con l'accREDITAMENTO ECM come previsto dall'ACN e quindi si fa garante del supporto tecnico organizzativo necessario.

CAPITOLO 2 – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

L'Azienda e le OO.SS. recepiscono le disposizioni normative nazionali regionali e convergono sul valore di coinvolgere i MMG in iniziative di incentivazione all'aumento dell'appropriatezza ed alla razionalizzazione nell'uso delle risorse aziendali.

È a tal fine istituita un'area di incentivazione dei MMG per il perseguimento di obiettivi di programmazione dei livelli di spesa avente per oggetto gli ambiti di seguito specificati:

- farmaci
- prestazioni specialistiche
- ricoveri.

Gli obiettivi sono posti rispetto ad uno scenario a tre livelli:

1. **Livello aziendale** l'ASL nel suo complesso
2. **Livello territoriale** il Distretto/Zona
3. **Livello organizzativo** ciascun NCP

in modo da consentire una personalizzazione dei parametri dell'assistenza in funzione dei consumi sanitari degli assistiti dei MMG di una determinata area territoriale. Rispetto all'appropriatezza di ricoveri farmaci e specialistica si ribadisce:

- l'impegno prioritario di affrontare il problema dell'educazione sanitaria della popolazione al fine di responsabilizzare anche i cittadini nella fruizione dell'assistenza sanitaria
- l'impegno nel coinvolgimento di tutte le categorie di medici prescrittori finalizzato all'utilizzo delle risorse con comportamenti coerenti.

Una simile impostazione intende evidenziare la capacità di governo della domanda in termini di appropriatezza, ponendosi il problema della qualità dell'assistenza, anziché limitarsi a valutare le prescrizioni prodotte direttamente dai singoli medici prescrittori. Gli obiettivi proposti come stabilito dalla normativa di riferimento (ACN) non sono opzionali e rappresentano una progettualità integrata che consente di lavorare sulle principali componenti della spesa sanitaria (farmaci, ricoveri, diagnostica).

Al fine di consentire il monitoraggio dei progetti (database), saranno forniti i dati di riferimento della popolazione di ciascun distretto e nucleo di cure primarie e, per ciascun progetto, saranno individuati indicatori di verifica rispetto all'obiettivo assegnato. Si ribadisce anche l'importanza di definire un database condiviso e tempestivo nella determinazione e nella diffusione dei reports e del loro andamento da distribuire trimestralmente a tutti i soggetti interessati compreso le OO. SS firmatarie.

2.1. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Vale la pena di ribadire, come i principi d'appropriatezza e di corretto utilizzo delle risorse sono fondamentali per la realizzazione degli obiettivi sanitari e per assicurare equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini, sulla base dei bisogni e delle priorità cliniche. In quest'ambito s'inseriscono le normative e i vincoli posti dalle leggi nazionali e le scelte della nostra Regione in materia di assistenza farmaceutica. (L. del 16.11.01 n° 405; Art. 72 DPR 270/00 – Accordo RER con le categorie mediche settembre '03).

2.1.1 CLIFF Commissione Linee Guida – Indicatori Farmaci – Farmacovigilanza

Allo scopo di affrontare con strumenti efficaci la tematica dell'assistenza sanitaria si conferma l'importanza della Commissione Linee guida - Indicatori Farmaci - Farmacovigilanza, (CLIFF), composta da rappresentanti di tutte le categorie mediche pubbliche e private.

Le aree d'intervento della commissione che s'intendono confermare sono:

- predisposizione di linee guida sulla scorta della letteratura, l'adattamento attuativo per il livello locale, l'informazione ai Medici prescrittori - medici di medicina generale e specialisti territoriali e ospedalieri;
- indirizzi per l'analisi dei dati sulla prescrizione disponibili a livello locale e regionale e per la formulazione di una reportistica indirizzata ai medici prescrittori (indicatori);
- definizione di indirizzi per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva e per le verifiche di conformità della prescrizione in materia di appropriatezza;

- la farmacovigilanza.

Le parti firmatarie si impegnano a favorire un coordinamento integrato tra la CLIFF e la Commissione Terapeutica Provinciale per promuovere una politica del farmaco ospedaliera e territoriale coerente.

2.1.2. Obiettivi delle azioni per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

In considerazione dell'obbligatorietà dell'adesione alle azioni progettuali sulla farmaceutica territoriale ex DPR 270/00 tutt'ora vigente, e del fatto che tutti i medici, singoli o associati, sono in ogni modo componenti dei NCP, è evidente che ogni NCP deve confrontarsi con questa tematica ed assumere come uno degli impegni principali il raggiungimento degli obiettivi concordati.

Tenuto conto che l'Azienda USL, anche attraverso il dialogo continuo con i MMG già oggetto di trattazione nei precedenti accordi aziendali, ha messo in opera una serie di iniziative tese al controllo della spesa farmaceutica: erogazione dei farmaci alla dimissione, erogazione diretta di alcune categorie di farmaci, delisting, accordi con le farmacie, che hanno lo scopo di contribuire al contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica prevedibile, si concorda sul ruolo del MMG, nell'affrontare il tema dell'appropriatezza prescrittiva parimenti e congiuntamente a tutti gli altri professionisti che operano nell'Azienda.

L'obiettivo è duplice: da un lato la valutazione della spesa complessiva dall'altro la valutazione del livello di consumo di particolari categorie di farmaci espresse in DDD.

Sulla scorta di queste considerazioni le parti hanno elaborato una strategia che tiene conto degli strumenti del governo clinico, allegato 1, che costituisce parte integrante del presente accordo.

Si definiscono due tipologie di obiettivi: il primo legato a quegli indirizzi per il raggiungimento di appropriatezza prescrittiva individuati dalla CLIFF e recepiti dalle parti firmatarie e l'altro per l'attivazione del processo di formazione/informazione e audit fra pari.

2.1.2.1. Obiettivi di appropriatezza

Verrà individuato un fondo incentivante come definito nella seconda sezione del presente accordo "contenuti dei fondi di incentivazione".

Sono da definire obiettivi di appropriatezza con le seguenti priorità:

- a breve termine, entro sei mesi : farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida con particolare riguardo agli inibitori della pompa protonica, farmaci antiipertensivi, farmaci del sistema respiratorio; FANS
- a medio lungo termine entro dodici mesi: farmaci antidepressivi e farmaci ipocolesterolemizzanti

2.1.2.2 Obiettivi audit

Tenuto conto che le parti ritengono strategico e rilevante la revisione tra pari e l'audit nell'ambito delle "Aree e modalità di intervento" del progetto farmaci (allegato 1) si concorda che la progettazione e la piena attivazione del percorso di audit sia un obiettivo comune tra Azienda e MMG organizzati in NCP.

Vanno dichiarati in premessa due elementi fondamentali che caratterizzano il percorso complessivo:

1. si conviene di destinare due incontri annuali nell'ambito della formazione obbligatoria accreditata per ogni Nucleo di Cure Primarie. Tali incontri avranno come argomento l'informazione farmaceutica indipendente e la presentazione di scenari-tipo di prescrizione farmaceutica riguardanti uno o più gruppi farmacologici oggetto dell'accordo e sopra descritti
2. viene prevista una incentivazione individuale a conclusione del percorso; la corresponsione dell'incentivo è vincolata alla presentazione di una relazione sulla revisione dei casi da parte del Referente del NCP (o Referente progetto farmaci).

Articolazione del percorso:

- La CLIFF predispone il materiale per gli audit, fornisce i dati relativi allo scenario prescrittivo osservato, indica uno scenario tipo di riferimento didattico per favorire il percorso formativo.
- Sulla base delle criticità emerse dall'analisi dei dati e dei profili prescrittivi, viene effettuata la scelta, per ogni singolo NCP, dei gruppi farmacologici che saranno oggetto di audit attraverso un incontro tra il Medico di Organizzazione, il MMG Referente di NCP e/o Referente del Progetto Farmaci ed il Farmacista Facilitatore.
- Durante l'incontro di formazione vengono consegnati alcuni casi da verificare per singolo MMG appartenente al nucleo.
- I professionisti del Nucleo effettuano l'audit utilizzando le informazioni e gli strumenti derivati dal percorso precedente.
- Il Referente (di NCP e/o di progetto) si incarica di produrre una relazione sulla revisione della casistica operata dal proprio nucleo di professionisti. La relazione deve almeno contenere: la descrizione della situazione attuale, criticità e punti di forza rilevati, proposte di monitoraggio nella propria realtà ed eventuali azioni di miglioramento.

Gli incentivi di cui a questo punto rientrano nel fondo dedicato alla formazione.

2.2. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SPECIALISTICA

In via preliminare nell'interesse della popolazione assistita ed al fine di un corretto monitoraggio dei flussi prescrittivi l'Azienda assume come impegno di proseguire nella applicazione delle procedure per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche di cui alla Delibera Regionale 2142\2000 coinvolgendo anche l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

L'analisi dell'andamento della attività in Emilia - Romagna mette in evidenza uno dei tassi più elevati di ricorso a prestazioni specialistiche. Peraltro, la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e la facilitazione dei percorsi clinico diagnostici dei cittadini è obiettivo regionale prioritario anche per il prossimo triennio.

Tale obiettivo potrà essere raggiunto anche per mezzo di una riflessione critica sui bisogni sanitari della popolazione di riferimento, nell'ambito di evidenze scientifiche condivise tra professionisti interessati.

L'attivazione di un sistema informativo specifico per l'attività specialistica consentirà di disporre di rilevazioni sulla produzione di prestazioni specialistiche a livello aziendale e sul ricorso alle stesse da parte di cittadini residenti.

Le parti concordano di individuare un fondo apposito per incentivare l'impegno dei MMG nel promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni di visite ed esami specialistici. Le parti si impegnano a definire in un momento successivo obiettivi ed indicatori specifici per singole tipologie prestazionali.

2.3. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA RICOVERI

L'Azienda mette a disposizione un Fondo economico finalizzato ad incentivare obiettivi di appropriatezza prescrittiva dei ricoveri.

In tale contesto, va considerato che per alcune patologie il medico di medicina generale può incidere sulla riduzione del tasso di ospedalizzazione e sul numero delle giornate di ricovero, attuando forme alternative quale l'assistenza domiciliare programmata ed integrata.

Rispetto agli obiettivi indicati l'Azienda si impegna ad attivare una Commissione Paritetica composta da rappresentanti aziendali e sindacali con il mandato di definire i percorsi di appropriatezza idonei al raggiungimento degli stessi.

L'Azienda si impegna a fornire ai singoli Distretti/Zone e NCP i dati pesati al fine di raggiungere l'obiettivo complessivo.

CAPITOLO 3 - CURE DOMICILIARI

3.1. LIVELLI DI COPERTURA ASSISTENZIALE

Dopo alcuni anni di esperienze unanimemente ritenute positive si può certamente affermare che l'ADI rappresenta una forma di assistenza innovativa e qualificante nel sistema delle cure del territorio. Si conferma infatti la crescente necessità di interventi spesso protratti, a bassa intensità tecnologica ma ad alta intensità assistenziale. Per la sostenibilità economica del sistema dell'offerta sta diventando sempre più impellente la necessità di sviluppare compiutamente un processo di de-ospedalizzazione, orientando l'ospedale verso pratiche intensive, specialistiche e ragionevolmente abbreviate. Questa evoluzione progressiva del "fare assistenza" deve ricercare una sua coerenza in termini di integrazione dei sistemi e di appropriatezza delle cure.

Una seconda ragione, non meno importante, è legata allo sviluppo organizzativo dell'assistenza territoriale e dell'importanza che l'ADI ha rappresentato e rappresenta nell'organizzazione sanitaria del territorio. Attraverso lo sviluppo dell'ADI è stato possibile far progredire il modello di assistenza incentrato sui Nuclei per le Cure Primarie e la conseguente integrazione fra le diverse componenti professionali.

Un ulteriore salto di qualità dovrà prevedere una ancora maggiore integrazione professionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri ed una gestione per obiettivi legati ad indicatori il più possibile adeguati alle esigenze informative che l'attività richiede.

Dall'insieme di queste considerazioni si evidenzia l'obiettivo di consolidamento dell'offerta di ADI, soprattutto operando un incremento della copertura assistenziale della popolazione ultra 64-enne nelle diverse aree territoriali al fine di raggiungere una percentuale pari al 1% nel periodo di validità dell'accordo.

In secondo luogo, avendo identificato il tema della continuità assistenziale come centrale per lo sviluppo del sistema delle cure primarie, le parti si impegnano ad attivare un percorso di segnalazione da parte del Distretto ai MMG che integri e completi gli attuali sistemi di segnalazione da parte degli Ospedali pubblici e privati.

Il presente accordo revisiona il sistema di remunerazione e incentivazione delle cure domiciliari, identificando e distinguendo due categorie di risorse, volte a finanziare e incentivare:

- l'attività fornita dai MMG per l'attivazione e la gestione dei programmi integrati di assistenza dei casi seguiti al domicilio;
- il perseguimento di risultati (per l'adesione alla procedura di dimissioni protette da condividere tra le parti).

Si richiama, infine, l'attenzione delle parti sull'opportunità, dopo alcuni anni di sperimentazione del progetto ADI di analizzare, rivalutare e rilanciare il sistema delle cure domiciliari anche alla luce della nuova classificazione indicata dalla Regione Emilia-Romagna per questo ambito assistenziale (Trattamenti di Assistenza Domiciliare). Si pone pertanto, l'obiettivo di iniziare un percorso comune e condiviso di analisi e riprogrammazione delle cure domiciliari riconsiderando tutte le tipologie di assistenza a domicilio che coinvolgono il NCP.

3.2. L'EQUIPE DI SUPPORTO

Le Parti concordano sulla necessità di identificare, finanziare gli strumenti per favorire lo sviluppo dell'ADI come livello assistenziale finalizzato al governo clinico ed alla riduzione dei ricoveri non essenziali. A tal fine si ritiene prioritario e non vicariabile individuare tutti quei supporti organizzativi necessari a garantire la possibilità di armonizzare la partecipazione ad impegnativi progetti con gli obblighi professionali tipici e tradizionali dei MMG.

Si concorda sulla necessità di costruire una Equipe di Supporto che operi su tutto il territorio della ASL.

L'équipe di supporto sarà remunerata, per i compiti già previsti dal vigente accordo, attraverso un fondo specifico. Le modalità di retribuzione delle prestazioni dell'Equipe di Supporto saranno quelle previste da apposita convenzione prioritariamente con espressioni organizzative facenti riferimento ai MMG, nei limiti del fondo di riferimento proporzionato ai compiti di cui sopra.

3.3. LE CONSULENZE SPECIALISTICHE A DOMICILIO

Le consulenze specialistiche domiciliari necessarie saranno attivate dai singoli MMG secondo le necessità cliniche. A tal fine i Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie dell'Azienda forniranno ai singoli MMG gli elenchi degli specialisti disponibili e le modalità della loro attivazione con particolare riferimento alle prestazioni urgenti ed ai tempi d'attesa per le altre.

Gli Specialisti disponibili all'ADI saranno individuati con le seguenti priorità:

1. Medici Specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito Aziendale e Medici Specialisti operanti nel Presidio ospedaliero che effettuino accessi a domicilio
2. In mancanza di disponibilità dei soggetti di cui sopra, MMG in possesso delle specializzazioni necessarie al programma ADI, che si rendano disponibili a svolgere attività di consulenza domiciliare nei confronti degli assistiti dei propri colleghi inseriti in programmi ADI-2 e ADI-3. Il riconoscimento economico di tali prestazioni sarà pari a quello previsto per le altre figure specialistiche coinvolte nel progetto con pari prestazioni. Ogni visita specialistica effettuata in ambito Distrettuale sarà remunerata a seguito di notula mensile insieme alle PPIP come da DPR 270\2000
3. Altri Medici Specialisti individuati dall'Azienda con contratto libero-professionale o convenzioni.

3.4. L'INTEGRAZIONE SOCIALE-SANITARIO

Nell'offerta di Cure Domiciliari le parti convengono sull'importanza di sperimentare anche nuove forme di collaborazione e soluzioni integrative possibili con i servizi sociali per le ADI di primo livello e per la valutazione geriatria di prima istanza.

CAPITOLO 4 - ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE CURE PRIMARIE

Il presente capitolo delinea le principali strategie e le risorse che l'Azienda rende disponibili per il finanziamento dell'assetto organizzativo delle cure primarie, di cui l'organizzazione dei NCP rappresenta la struttura portante delle iniziative di arricchimento professionale, miglioramento qualitativo delle cure e aumento dell'appropriatezza nell'uso delle risorse.

Il primo accordo siglato a nome dell'Azienda U.S.L. di Bologna, in linea di continuità con le esperienze degli accordi aziendali pregressi, ribadisce la rilevanza delle forme associative e dei Nuclei di Cure Primarie previste dall'ACN e dal Piano Sanitario Regionale Emilia-Romagna, quali dimensioni organizzative necessarie per l'applicazione di alcune forme di incentivazione istituite nelle linee generali dal presente accordo e sviluppate dal sistema di programmazione e controllo a livello distrettuale e, più in generale, per il coinvolgimento dei MMG nelle attività distrettuali delle Aziende.

4.1. IL REFERENTE DI NCP

L'esigenza e la centralità dei ruoli dei NCP nell'ambito del sistema delle cure primarie richiedono di intervenire entro il 2005 predisponendo con le OO. SS. firmatarie uno schema contrattuale di incarico per il referente di NCP, finalizzato a delineare più chiaramente il ruolo e l'ambito di responsabilità di questa posizione, data la sua rilevanza come coordinatore e integratore dei membri del Nucleo.

4.2. IL REGOLAMENTO DI NCP

La necessità di rafforzare, a conclusione della prima fase di avvio, l'assetto organizzativo e i meccanismi di coordinamento interni ed esterni ai Nuclei suggerisce, nella prospettiva della durata triennale del presente accordo, l'opportunità di prevedere che l'Azienda emani, in accordo con le OO.SS. firmatarie, un regolamento aziendale sui Nuclei di Cure Primarie. Tale regolamento dovrebbe costituire uno strumento di supporto alla crescita delle équipes territoriali e l'omogeneizzazione dei meccanismi di verifica e monitoraggio da parte dell'Azienda sull'efficacia dell'azione delle stesse.

4.3. IL SISTEMA INFORMATIVO TERRITORIALE

Lo sviluppo di un sistema informativo delle cure primarie è condizione necessaria per impostare la programmazione e il controllo del territorio, coerente con il sistema di budget aziendale, sulla base delle indicazioni generali contenute nel presente accordo.

In particolare, il **Sistema Informativo Territoriale** deve essere inteso come un flusso di dati in andata e ritorno fra MMG ed Azienda. In tale contesto, le parti si impegnano a definire ulteriori sviluppi di utilizzo del sistema praticabili, migliorativi, condivisi e finalizzati in particolar modo all'implementazione del sistema informativo su tutta l'area aziendale sia sotto il profilo dell'estrazione di dati dalla banca dati sia sotto il profilo degli scambi informativi tra azienda e MMG. All'interno di questo Sistema, le parti firmatarie concorderanno i reports necessari al monitoraggio dei progetti trattati nel presente accordo e le incentivazioni relative.

4.4. CENTRI DI MEDICINA GENERALE

Le parti, riconoscendo l'importanza e la validità delle esperienze fin qui condotte nella attivazione dei Centri di Medicina Generale, si impegnano a definire e sostenere gli sviluppi futuri.

4.5 SPERIMENTAZIONI NELL'AMBITO DEL NCP

Nell'ambito dei singoli NCP potranno essere sperimentati livelli avanzati di integrazione e di lavoro comune fra MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti, Infermieri e altre figure professionali.

La sperimentazione di NCP dovrà tenere in giusto conto le diverse possibilità e capacità organizzative delle singole realtà associative già consolidate. Si concorda di definire modelli sperimentali da promuovere in ogni Distretto.

4.6 SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO E INFORMATIZZAZIONE

Lo sviluppo dell'associazionismo medico è stato fortemente promosso dall'ultima Convenzione nazionale. Inoltre l'accordo regionale ha inteso favorire un ulteriore sviluppo delle forme associative, superando i limiti previsti dal DPR 270/2000, in quanto ritenute idonee al conseguimento degli obiettivi prioritari del PSR, quali l'adozione degli strumenti del governo clinico, l'adeguamento al nuovo modello organizzativo del DCP, il supporto organizzativo per il NCP. In questo contesto si rende necessario il mantenimento del livello di servizi esistenti quali il server dell'Ospedale Maggiore.

Condividendo l'obiettivo di sviluppare una maggiore informatizzazione possibile della medicina del territorio e la larga partecipazione dei MMG, si concorda altresì di proseguire le iniziative di formazione iniziate in precedenza con l'obiettivo di ottenere una formazione propedeutica all'utilizzo di programmi informatizzati di gestione dello studio medico e alla possibilità di collegamento telematico degli Studi medici tra loro e con strutture aziendali ed extra-aziendali.

Gli specifici progetti saranno elaborati nelle loro linee d'indirizzo e per la quantificazione economica da un tavolo tecnico individuato concordemente.

PARTE TERZA

CONTENUTI DEI FONDI D'INCENTIVAZIONE

TABELLA ECONOMICA ACCORDO AUSL DI BOLOGNA-OO.SS.

I criteri ispiratori del presente documento tengono conto dei seguenti punti cardine di riferimento:

- a) rispetto della lettera e dello spirito del paragrafo 8 del capitolo "PRINCIPI GENERALI DELL'ACCORDO" del documento preliminare PRINCIPI GENERALI PER L'ACCORDO SINDACALE PER IL 2005 siglato dalle parti,
- b) eliminazione, perché non attinenti, di tutte le voci economiche diversamente normate rispetto all'accordo aziendale
- c) logica di costruzione del "BUDGET" per le poste riferentesi alle attività prestazionali professionali che, partendo da un corrispettivo economico della prestazione in linea con la retribuzione storica la implementa su basi concordate in correlazione con gli obiettivi condivisi e la inserisce all'interno di un processo assistenziale il cui sviluppo o riduzione è onere della Azienda in base a scelte di politica sanitaria, che tengano conto di un'analisi dei progetti da condividere coi professionisti, i cittadini ed i bisogni da essi emergenti
- d) ricostruzione di percorsi di finanziamento dell'accordo che presuppongono scelte non solo retributive, ma anche d'investimento nel settore e che utilizzano anche resti economici maturati nella vacanza contrattuale e fatti salvi da accordi precedenti
- e) limitatamente al Fondo del Capitolo 4 ed all'ultima voce del fondo del Capitolo 1, nella consapevolezza dell'opportunità di implementare i percorsi di sviluppo poliennale della progettualità sostenuta con i fondi dell'accordo, si stabilisce di mantenere per l'anno successivo come residuo contrattuale il 50% della quota finanziata, ma non spesa.

VOCI DI SPESA:

CAPITOLO 1

1) FORMAZIONE

1% dell'importo della retribuzione fissa dei medici ex ACN, di cui un capitolo esclusivo per la retribuzione dei MMG impegnati nella gestione degli eventi formativi pari almeno al 30% del fondo totale.

Ad eccezione della cifra necessaria per la copertura tramite guardia medica delle 2 ore del Sabato mattina, da estendere a tutto il territorio aziendale e da ricomprendere in questa voce di spesa, l'utilizzo del fondo deve avere il consenso vincolante della Commissione paritetica aziendale per la formazione, essa delibera anche in merito all'assegnazione dei fondi alle Commissioni paritetiche distrettuali.

+ E. 500.000,00 (= 25% fondo farmaci proposto dall'Azienda) per remunerare i medici ottemperanti agli obblighi di cui al capitolo 2.1.2.2 Obiettivi audit.

2) VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (quota incentivata)

I medici che nella campagna vaccinale 2004 hanno confermato il numero di dosi utilizzate nel 2003 verranno retribuiti con i criteri adottati in base agli accordi locali per il 2003, in loro assenza secondo l'accordo 2003 della Azienda Bologna Città.

Per la campagna 2005 si costituisce un fondo pari ad E. 127.000,00 da erogare secondo i disposti del paragrafo 1.2.2 tenuto conto di un obiettivo di copertura del 72%.

3) DIABETE

Costo complessivo della prestazione trimestrale E. 33,00 di cui E.14,5 per ciascuno dei primi 2 obiettivi individuali, E. 1,00 per il 3° obiettivo individuale da retribuire congiuntamente alle voci precedenti, salvo verifica una volta concordati i criteri applicativi, E. 1,00 per ciascuno dei tre obiettivi di NCP.

4) PROGETTI PER L'EDUCAZIONE SANITARIA E LA PREVENZIONE

Tenuto conto della più volte ribadita necessità di coinvolgere la popolazione nella condivisione dei tempi ed dei modi di un appropriato uso delle risorse appare indispensabile porre al centro dell'attività del MMG l'impegno derivante da questo capitolo e considerare le risorse qui allocate come investimento strutturale dell'Azienda.

Ciò premesso le parti concordano che un corretto meccanismo per costituire il Fondo è rappresentato da quello di seguito esplicitato:

il fondo si costituisce partendo da una cifra di E. 300.00,00 pari a quella messa a disposizione per l'anno 2003 nell'accordo dell'ASL di Bologna Città al capitolo SPERIMENTAZIONI punto d) AREA PROGETTI AZIENDALI aumentata di un importo derivante dal prodotto tra il numero di cittadini assistiti dalle ex ASL Nord e Sud ed il rapporto fondo 2003/popolazione assistita ASL di Bologna Città 2003.

FONDO progetti E.S.+P = E. 300.000 + [(assistiti Nord + Sud) x $\frac{300.000}{\text{Assistiti città 2003}}$]

La cifra del fondo così ricavata parifica l'investimento al 18/12/2002 e dovrebbe essere attualizzata con l'aggiunta di una percentuale pari all'incremento riservato al rinnovo degli accordi per gli altri comparti aziendali.

Le Parti firmatarie, tuttavia, concordano una forfetizzazione del fondo per il 2005 pari a E. 400.000,00.

CAPITOLO 2

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA:

Fatto salvo quanto previsto nell'Allegato1 del presente accordo:

1) FARMACI

E. 1.500.000,00

2) SPECIALISTICA

E. 864.000,00

3) RICOVERI

E. 864.000,00

Si ritiene che l'investimento per il paragrafo 4) del Capitolo 1 in parte integri e migliori le prospettive di ricaduta favorevole delle progettualità attinenti a questo Capitolo.

CAPITOLO 3

1) CURE DOMICILIARI ADI:

ADI 1: costo accessi da ACN + prestazioni agg. secondo ACN integrata da accordi regionali + E.120,00 a caso attivato per punto primo Capitolo 3 paragrafo 3.1, punto secondo non attinente.

ADI 2: costo accessi da ACN + prestazioni agg. secondo ACN integrata da accordi regionali + E. 332,00 a caso attivato per punto primo Capitolo 3 paragrafo 3.1, per punto secondo E. 80,00 (dimissione protetta).

ADI 3: costo accessi da ACN + prestazioni agg. secondo ACN integrata da accordi regionali + E. 485 a caso attivato per punto primo Capitolo 3 paragrafo 3.1, per punto secondo E. 140,00 (dimissione protetta).

Obiettivo triennale 1% ultrasessantaquattrenni: E. 50 ad ADI attivata.

2) DIMISSIONI PROTETTE CHE NON RICHIEDONO ADI:

Per assicurare la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, oltre ai casi di normale attivazione ADI, si istituisce un incentivo pari ad E. 30,00 per ogni paziente dimesso dall'ospedale segnalato dal Medico di reparto al MMG ed al servizio infermieristico domiciliare dall'ospedale stesso. L'incentivo viene erogato per la predisposizione del piano di assistenza domiciliare finalizzato a garantire la continuità assistenziale dopo il ricovero. Si stanziava per il 2005 un fondo pari a E. 225.000,00 che corrisponde ad un target pari al 5% delle dimissioni ospedaliere (1500*5=7.500).

CAPITOLO 4

1) COORDINAMENTO NCP

E.: 310.000,00 + 194.400,00 per la partecipazione dei singoli medici ad un massimo di quattro riunioni di NCP il cui tema sia concordato con l'ASL, avvenga al di fuori dell'orario di lavoro e sia attestato dalla firma di un foglio presenze corredato da una breve sintesi per l'ASL di eventuali proposte/ricieste o decisioni emerse.

2) AREA PROGETTI

A fronte dei numerosi impegni contenuti nel capitolo 4 si ritiene che anche questo stanziamento ha risvolti non puramente incentivanti, ma anche strutturali d'investimento. Ciò premesso le parti concordano che un corretto meccanismo per costituire il Fondo è rappresentato da quello di seguito esplicitato:

Pregresso: E.1.100.000,00 circa al netto delle risorse strutturali e di personale x forme associative

Primo anno nuovo accordo: E. 1.100.000,00 + 20% al netto delle risorse strutturali e di personale x forme associative.

Le Parti firmatarie, tuttavia, concordano una forfetizzazione del fondo per il 2005 pari a E. 1.000.000,00 al netto delle risorse strutturali e di personale x forme associative.

CAPITOLO 5

Viene costituito un fondo che garantisce la copertura delle spese derivanti dal funzionamento degli organismi partecipativi previsti per l'attuazione del presente accordo e riservato ai MMG coinvolti: E. 35.000,00.

I fondi sopra descritti sono riassunti in forma tabellare nell'allegato 2 che costituisce parte integrante del presente accordo.

NORME FINALI

1. A tutte le remunerazioni previste dal presente Accordo a favore dei MMG si applica la normativa previdenziale ENPAM contemplata nell'ACN in vigore.
2. Tutte le pendenze economiche derivanti dagli accordi locali pregressi, eventualmente non ancora liquidate, saranno saldate entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.
3. I capitoli di spesa non sono dedicati e possono subire aggiustamenti, in base all'andamento dei progetti, per trasferimento da altri capitoli tranne che dal Capitolo 2.
4. Le parti mediche firmatarie s'impegnano a dare il loro contributo all'iniziativa di parte aziendale sul tema della riorganizzazione dell'assistenza nella nuova realtà dell'Azienda metropolitana.
5. Nella logica di miglioramento della erogazione dell'assistenza territoriale, che ispira il presente accordo, le parti firmatarie ritengono d'impegnarsi in una lettura congiunta dell'emanando nuovo ACN nell'intento di un confronto utile alla ricerca di interpretazioni condivise.
6. Il presente accordo ha validità per un anno dalla data di sottoscrizione, salvo disdetta di una delle parti firmatarie. Si concorda che, in considerazione della recente sottoscrizione dell'intesa per il rinnovo della convenzione nazionale tra la parte pubblica e sindacale, il presente accordo ha validità sino alla definizione tra le parti delle ricadute aziendali dell'accordo integrativo regionale che farà seguito al nuovo ACN. Se ciò avverrà oltre il 28/02/06, nelle more, il presente accordo verrà applicato per prorogatio, salvo disdetta di una delle parti firmatarie.

per l'Azienda U.S.L. di Bologna

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Franco Riboldi)

per il Sindacato FIMMG

IL SEGRETARIO PROVINCIALE

(Dott. Stefano Zingoni)

Obiettivi Specifici Farmaci

In un'ottica di corresponsabilità e nel rispetto degli obiettivi aziendali, si conviene di inserire gli stessi obiettivi previsti per la farmaceutica territoriale anche negli accordi con gli specialisti ospedalieri e convenzionati. Tale criterio sarà inserito anche nei contratti con l'Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

L'insieme di queste azioni è finalizzato all'avvio di un sistema di verifica su uno dei grandi interrogativi di tutte le politiche sanitarie degli ultimi anni cioè quale sia il livello accettabile dell'appropriatezza delle cure erogabili. Anche a livello internazionale infatti (per. es. OCSE) viene raccomandato di provvedere alla realizzazione di sistemi sanitari che si impegnino non tanto a spendere meno ma piuttosto a spendere meglio nell'ambito di processi continui di miglioramento dello stato di salute, dell'uguaglianza di accessibilità alle cure e alla ricerca di una migliore efficienza rapportata ad una rigorosa valutazione della sostenibilità economica. La spasmodica necessità di contenimento della spesa sanitaria ha favorito negli ultimi anni un proliferare di modelli organizzativi che calati disinvoltamente nella Medicina Generale non hanno dato risultati o perché forme vuote di reali significati pratici o perché come infrastrutture il cui impatto in termini di risultati e di efficacia sul servizio erogato nessuno ha mai veramente misurato.

Appropriatezza

La condizione di **appropriatezza** si realizza quando al paziente "giusto" viene reso il servizio giusto, al momento giusto e nella giusta quantità. Il consumo di risorse collegato alla erogazione di un servizio può risultare inappropriato per diversi motivi:

- perché viene resa una prestazione non efficace
- perché non viene resa una prestazione efficace
- perché la prestazione, pur efficace, viene resa in quantità non adeguata alle necessità della persona (*appropriatezza inversa*)
- perché la prestazione viene resa ad un livello assistenziale superiore o inferiore alle necessità della persona (ad esempio, in regime di ricovero ordinario anziché in day hospital).

Variabilità

La **variabilità** di consumo di risorse sanitarie da parte delle popolazioni che risiedono nelle diverse aree geografiche quando non è giustificata da fattori demografici ed epidemiologici (età più avanzata, situazioni patologiche più frequenti, ecc.), depone per un uso inappropriato delle risorse.

Tra le diverse aree geografiche sia a livello regionale che provinciale è osservabile una significativa variabilità dei consumi sanitari. Ad esempio, riguardo al tasso ricovero ordinario, riguardo al ricorso all'assistenza in day hospital , riguardo al consumo di consulenze specialistiche, riguardo alla prescrizione dei farmaci, ecc.

Questi fenomeni, oltre a cause legate a differenti caratteristiche delle popolazioni, riconoscono alla loro origine due ordini di problemi:

- la dipendenza dei consumi dai livelli dell'offerta locale
- l'integrazione fra servizi ospedalieri e forme alternative di assistenza territoriale e, in definitiva, dell'appropriatezza clinica nell'utilizzazione delle risorse disponibili.

Nel primo caso è chiamata in causa l'azione di riequilibrio territoriale che la programmazione regionale svolge con le **reti integrate dei servizi**; nel secondo caso

sono anche in gioco **la programmazione e la gestione locale**, insieme alla **competenza tecnica e professionale** di tutti coloro che operano nel sistema sanitario regionale.

Linee Guida

Le **Linee Guida** sono raccomandazioni, finalizzate ad assicurare qualità all'assistenza attraverso indirizzi di politica assistenziale e consigli pratici non ambigui relativamente ad uno specifico problema di salute.

Il Piano Sanitario Nazionale sottolinea che esse rappresentano un terreno di accordo professionale sulle migliori strategie assistenziali alla luce delle conoscenze scientifiche e, al tempo stesso, un elemento di trasparenza nei rapporti con il pubblico.

Il Piano Sanitario Regionale si propone di creare le condizioni organizzative che facilitino la diffusione, l'adozione e la valutazione dell'impatto di Linee guida già disponibili, elaborate a livello nazionale o internazionale, o dall'Agenzia Sanitaria Regionale, o dalle Aziende Sanitarie, in conformità con i criteri indicati dal Piano Sanitario Nazionale.

Valutazione

Ne deriva che per una **valutazione** sia indispensabile un metodo di calcolo uniforme per quantificare l'appropriatezza delle prestazioni che abbia il carattere della multi disciplinarietà e della condivisione tempestiva dei report . E' indispensabile uscire dalla logica del tetto di spesa che privilegia solo il criterio economico-amministrativo per andare verso una vera "*governance*" clinica che permetta di ottimizzare l'utilizzo delle risorse in sanità recuperando quel contenuto professionale medico che è alla base di un moderno concetto di curare secondo scienza e coscienza. Per la realizzazione di un tale sistema occorrono investimenti e tempi di verifica da programmare in modo adeguati.

Nell'ambito della normativa convenzionale vi sono i presupposti per parlare di Livelli di Spesa Programmata (LSP) da realizzare con gli accordi locali con i MMG e sono citati alcuni criteri di cui tener conto per la realizzazione dei progetti:

- spesa storica corrispondente
- analisi dello spettro di popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto
- analisi delle condizioni geo-morfologiche del territorio
- analisi di disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto
- adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale
- distinzione delle spese direttamente indotte dai MMG e quelle indotte da altri professionisti anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero
- effetto derivante dall'incremento dei costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno)
- analisi di eventuali altre disposizioni previste da ACCORDI REGIONALI.

Sempre nell'ambito della normativa convenzionali sono pure previsti adeguati meccanismi di *verifica fra pari e di revisione di qualità* al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

Diventa quindi necessario considerare che l'appropriatezza prescrittiva non sempre coincide con risparmio economico e che se anche si cercherà di perseguire scelte progettuali che possano portare a cali della spesa si dovrà evitare che nel tempo questi tipi di intervento appaiano come imposizioni di carattere burocratico fiscale ma vengano

privilegiati percorsi di carattere culturale formativo che favoriscano non solo incentivazioni di carattere economico ma anche sottoforma di beni e servizi.

Strumenti

Gli strumenti che possono essere indicati per supportare interventi di appropriatezza sono:

- informazione
- informazione scientifica indipendente
- formazione
- linee guida
- percorsi integrati
- audit
- sistemi di incentivazione
- report
- indicatori
- commissioni tecniche (come previsto a livello del presente accordo)

Criteri utilizzati per la scelta degli obiettivi

Gruppi ATC e/o principi attivi ad elevato impatto economico che registrano:

- un consumo per DDD ed una spesa significativamente superiore ai livelli medi regionali
- un consumo per DDD ed una spesa con un trend di crescita superiore al livello medio regionale
- spazi di miglioramento che consentano una riduzione della spesa mantenendo la qualità della assistenza
- presenza di una elevata variabilità prescrittiva nell'ambito della medicina generale
- coerenza con i contenuti delle linee guida contestualizzate e condivise a livello ASL
- coerenza con i contenuti del progetto di informazione indipendente e di valutazione di appropriatezza prescrittivi su argomenti contestualizzati e condivisi

Aree di miglioramento ed indicatori

1. Farmaci per i disturbi correlati con la secrezione acida con particolare riguardo agli inibitori della pompa protonica:
 - Revisione fra pari ed audit a livello di NCP sulla prescrizione di farmaci di tale categoria
 - Analisi delle evidenze scientifiche sui reali vantaggi e il profilo di sicurezza e d'impiego di questa categoria di farmaci
 - Adesione alla normativa nazionale in materia di prescrizione farmaceutica e note CUF

Indicatore:

- a. Diminuzione del n° DDD/1000 ab/die rispetto al 2004

2. Antiipertensivi:

- Attraverso l'impiego di molecole e/o formulazioni che a parità di efficacia e sicurezza presentano un minor costo
- Revisione fra pari ed audit a livello di NCP sulla prescrizione di farmaci quali del sistema renina angiotensina e dei calcio antagonisti

- Revisione fra pari ed audit a livello di NCP sulla prescrizione di farmaci quali diuretici e beta bloccanti

Indicatori:

- Diminuzione del rapporto percentuale n° DDD spartani/n°DDD ACE inibitori
- Diminuzione del n° DDD/1000 ab/die di Ca antagonisti rispetto al 2004
- Aumento del n° DDD/1000 ab/die di diuretici rispetto al 2004

3. Farmaci del sistema respiratorio:

- Revisione fra pari ed audit a livello di NCP sulla prescrizione di farmaci
- Attraverso l'impiego di molecole e/o formulazioni che a parità di efficacia presentano un minor costo
- Adesione alla normativa nazionale in materia di prescrizione farmaceutica

Indicatori :

- Diminuzione del n° DDD/1000 ab / die di associazioni Beta 2 long acting - steroidi inalatori
- Mantenimento del n° DDD/1000 ab / die di anticolinergici uguale al 2004

4. Coxib:

- Revisione fra pari ed audit a livello di NCP sulla prescrizione di farmaci quali i FANS
- Analisi delle evidenze scientifiche sui reali vantaggi e il profilo di sicurezza e d'impiego di questa categoria di farmaci
- Adesione alla normativa nazionale in materia di prescrizione farmaceutica e note CUF

Indicatore:

- Diminuzione del n° DDD/1000 ab/die rispetto al 2004

Fondi Accordo Metropolitan

Capitolo 1

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai MMG 2005	Fondo 2005
Formazione (spese per aggiornamento)	302.163	150.000 (quota per MMG coord. animatori etc.)	348.835 (pari 1% retribuzione fissa MMG)
Formazione audit progetto farmaci	0	350.000	500.000
Vaccinazioni antinfluenzali obiettivi (2obiettivi)	61.203	100.000	127.000 x raggiungimento obiettivo 1° anno
Diabete (3 obiettivi singolo MMG)	911.423	1.014.000 (2.6 accessi \ anno + incremento prese in carico del 10% circa nel 2004-2005)	2.418.000 (calcolato sul 2.5% popolazione storica)
Diabete 3 obiettivi NCP)	0	10.000	60.450
Altri Progetti - Educazione Sanitaria	284.000	250.000	400.000
<u>Totale Capitolo 1</u>	<u>1.558.789</u>	<u>1.874.000</u>	<u>3.854.285</u>

Capitolo 2

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai MMG 2005	Fondo 2005
Farmaci obiettivi appropriatezza prescrittiva(4 categorie farmaci)	508.935	300.000	1.500.000
Specialistica diagnostica	152.000	0	864.000
Ricoveri	18.659	600.000	864.000
<u>Totale capitolo 2</u>	<u>679.594</u>	<u>900.000</u>	<u>3.228.000</u>

Capitolo 3

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai	Fondo 2005

		MMG 2005	
Quote incentivanti a caso trattato ADI	740.921	750.000	792.400 (mix stimato su 2000 casi Ripartizione: 20% ADI 1 ; 20% ADI 3 ; 60% ADI 2)
Quote incentivanti obiettivi ADI: 1% sessantacinquenni	0	10.000	94.500(1.890 pz * 50 euro)
Dimissioni protette non ADI		125.000	225.000
Totale capitolo 3	740.921	885.000	1.111.900

Capitolo 4

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai MMG 2005	Fondo 2005
Coord.NCP (RNCP)	283.000	310.000(retribuzione RNCP)	310.000
NCP (partecipazione MMG)	78.000	150.000	194.400
Area progetti e Sistema informativo	320.000	<ul style="list-style-type: none"> • 667.000 (Ncp) • 333.000(altro cap. 4 Accordo) Totale 1.000.000	1.000.000
Totale capitolo 4	681.000	1.460.000	1.504.400

Capitolo 5

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai MMG 2005	Fondo 2005
Fondo per r. spese + gettone da riconoscere ai MMG x partecipazione agli organismi previsti dall'accordo	—	25.000	35.000
Totale capitolo 5		25.000	35.000

Totale Accordo

Descrizione voci	Spesa storica 2003	Previsione di spesa per incentivazioni ai MMG 2005	Fondo 2005
Totale Capitolo 1	1.558.789	1.874.000	3.854.285
Totale capitolo 2	679.594	900.000	3.228.000

<u>Totale capitolo 3</u>	<u>740.921</u>	<u>885.000</u>	<u>1.111.900</u>
<u>Totale capitolo 4</u>	<u>681.000</u>	<u>1.460.000</u>	<u>1.504.400</u>
<u>Totale capitolo 5</u>	<u>—</u>	<u>25.000</u>	<u>35.000</u>
<u>Totale complessivo</u>	<u>3.660.304</u>	<u>5.144.000</u>	<u>9.733.585</u>