
**PATTO/CONTRATTO DI ESERCIZIO TRA
AZIENDA ULSS 4 ALTO VICENTINO E LA
MEDICINA GENERALE**

**“UN’ALLEANZA PER LA SALUTE
NELL’ALTO VICENTINO”**

TRIENNIO 2013-2015

L’elaborazione del presente Patto/Contratto di esercizio stipulato tra Azienda ULSS 4 “Alto Vicentino” e i Medici di Medicina Generale, prende spunto da esigenze ed obiettivi condivisi tra le parti e sancisce gli impegni conseguenti.

OBIETTIVI STRATEGICI

La Direzione e le OO.SS dei medici di medicina generale dell'ULSS4 Alto Vicentino., confermando l'importanza della partnership fra Medici/Pediatri di famiglia, Specialisti Ambulatoriali Interni, Continuità assistenziale ed Azienda ULSS n.4, nonché la rilevanza del ruolo della Medicina Convenzionata nella governance del sistema, condividono la valenza del Patto quale strumento per la gestione delle modalità organizzative, per l'erogazione delle prestazioni e per la definizione degli standard di qualità clinica ed assistenziale, finalizzati al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale.

Le parti convengono, altresì, che il presente Patto costituisce un documento strategico in una fase importante per l'Alto Vicentino che coincide con una profonda riorganizzazione:

- L'avvio a regime dell'ospedale unico, un'opera di qualità destinata a caratterizzare i servizi sanitari dell'Alto Vicentino per il prossimo trentennio;
- La definitiva riconversione delle sedi di Schio e di Thiene a presidi territoriali sede di Medicine di Gruppo integrate;
- Lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- Il ruolo centrale e nevralgico della centrale operativa unica preposta al governo dei percorsi assistenziali;
- La rivalutazione dei centri di servizio e strutture intermedie, con il concomitante consolidamento della capacità assistenziale di tipo domiciliare.

In questo quadro di riferimento la medicina generale quale componente fondamentale del sistema assume l'impegno di:

1. comunicare la fruizione dell'**ospedale unico come un valore aggiunto per la comunità dell'alto vicentino**;
2. contribuire alla **riorganizzazione dei servizi territoriali** con particolare riferimento allo sviluppo delle AFT, alla funzionalità dei servizi domiciliari e delle strutture residenziali;
3. contribuire al **governo delle liste d'attesa** attraverso un rinnovato sforzo all'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei percorsi in attuazione della **DGR 320/2013**.

L'azienda nel riconoscere l'impegno gravoso sostenuto dalla medicina generale in questi ultimi due anni nel rispetto della "presa in carico" anche in considerazione del trasferimento nel nuovo polo unico ospedaliero, si impegna a:

1. **migliorare i percorsi di integrazione ospedale territorio**, anche con incontri operativi tra medici ospedalieri e medici di medicina generale
2. proseguire nell'azione di **riduzione dei tempi d'attesa**, impegnandosi nel garantire il rispetto delle prioritizzazioni e dando piena attuazione alle prescrizioni dei controlli da parte dei medici specialisti, come da DGR 1666/2011.
3. **sostenere lo sviluppo delle AFT** garantendo le necessarie risorse organizzative, professionali e strumentali.

INDIRIZZI DI RIFERIMENTO

La stesura del presente Patto si colloca all'interno del rinnovo dell'ACN per la Medicina Generale siglato dalla Conferenza Stato Regioni in data 29 luglio 2009 e della DGR n. 1575 del 26 maggio 2009 - ATTUAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LE CURE PRIMARIE: I FASE 2009, la DGR 41 /2011 la DGR 1666 /2011.

La LR 23/2012 "NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016 ha definito infine il modello di riferimento complessivo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel Veneto.

Nello specifico, costituiscono elementi innovativi introdotti dal nuovo ACN: i compiti e le funzioni della Medicina Convenzionata, le *aggregazioni funzionali territoriali* della Medicina Convenzionata, i requisiti e le funzioni minime delle *unità complesse delle cure primarie*, il *flusso informativo*, la tessera sanitaria e ricetta elettronica.

IL quadro programmatico di riferimento a livello aziendale è costituito dal "Piano per il potenziamento dell'assistenza primaria" approvato con Delibera del Direttore Generale n 152 del 28/02/2012.

ELEMENTI STRUTTURALI DEL PATTO

Nel rispetto degli indirizzi regionali per la definizione dei Patti aziendali, già previsti nella DGR n.3731/2004, si declinano i seguenti elementi strutturali del presente Patto:

- **Durata:** riconoscendo il Patto come documento a valenza programmatica, atto ad esplicitare gli obiettivi aziendali perseguiti e la contestualizzazione del ruolo della Medicina Convenzionata all'interno di questi, si assume *valenza triennale con decorrenza dal 01/01/2013*. La tabella Allegato A) rappresenta gli obiettivi ed i relativi incentivi per il triennio 2013-2015 che costituiscono il contratto per l'anno di competenza.
- **Tipologia di contraente/firmatario:** si conviene che il Patto, in quanto accordo aziendale, debba essere sottoscritto dalle OO.SS. maggiormente rappresentative, nell'ambito dei rispettivi Comitati aziendali. Il Contratto, sulla base degli indirizzi assunti nel Patto, potrà essere negoziato e sottoscritto dalla forma associativa previste nella DGR 1666/2011.
Si conviene, altresì, di pervenire alla formulazione di un *Contratto unico per tipologia di forma associativa* superando la formulazione di contratti multipli configurati in due livelli: la rete e il gruppo/MGI.
Si precisa inoltre che le linee di indirizzo previste dal presente Patto sono declinate nei Contratti (tabella Allegato A) modulando gli obiettivi a seconda della tipologia di forma associativa contraente.
- **Correlazione e coerenza degli obiettivi:** si conviene di rafforzare la correlazione tra gli obiettivi posti nei Patti delle varie componenti della Medicina Convenzionata (MMG, PLS, MCA, SAI), prevedendo una concreta integrazione funzionale.
Al contempo l'Azienda si impegna a dare coerenza agli obiettivi inseriti nei Patti della Medicina Convenzionata e quelli previsti e negoziati nell'ambito del budget del Distretto e dell'Ospedale.

- **Misurabilità degli obiettivi:** recependo gli indirizzi regionali in materia, si concorda di tradurre gli obiettivi contenuti nel presente Patto in indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità ed accoglienza, di appropriatezza. La Tabella allegato C) rappresenta nel dettaglio l'insieme degli obiettivi e dei relativi indicatori.

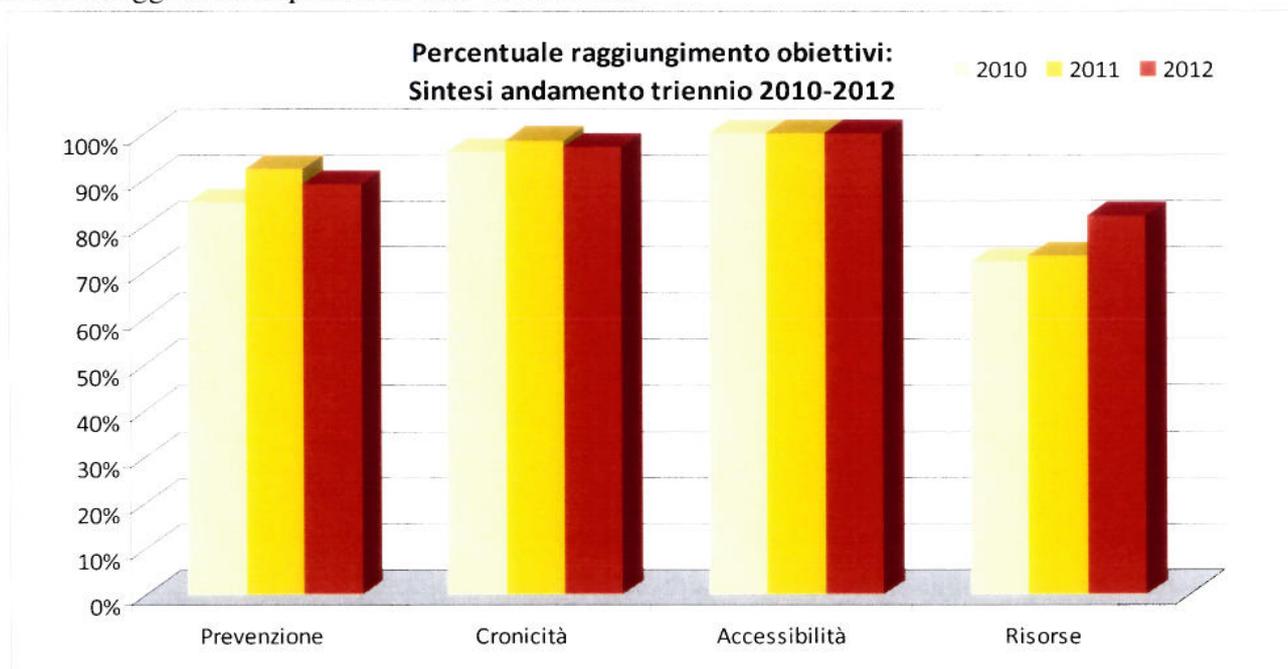
Le parti, altresì, convengono che l'eventuale stipula di rinnovi contrattuali a livello nazionale e/o regionale, così come la formulazione di indirizzi vincolanti da parte della Regione stessa possano comportare la revisione dei contenuti del presente Patto/contratto, affidando al Comitato Aziendale per la Medicina Generale la manutenzione dei contenuti stessi. Ciò non di meno, si condivide che lo strumento per l'aggiornamento dei rapporti rimanga quello della *concertazione*, continuando a valorizzare il rapporto di partnership oramai consolidato.

DA DOVE PARTIAMO

Il triennio 2010-2012 ha visto l'azienda ulss e la medicina generale impegnate nel perseguimento degli obiettivi posti dal patto aziendale e dalle azioni riconducibili alla programmazione aziendale e regionale di cui si rappresentano in sintesi i principali risultati.

Monitoraggio del patto aziendale 2010-2012

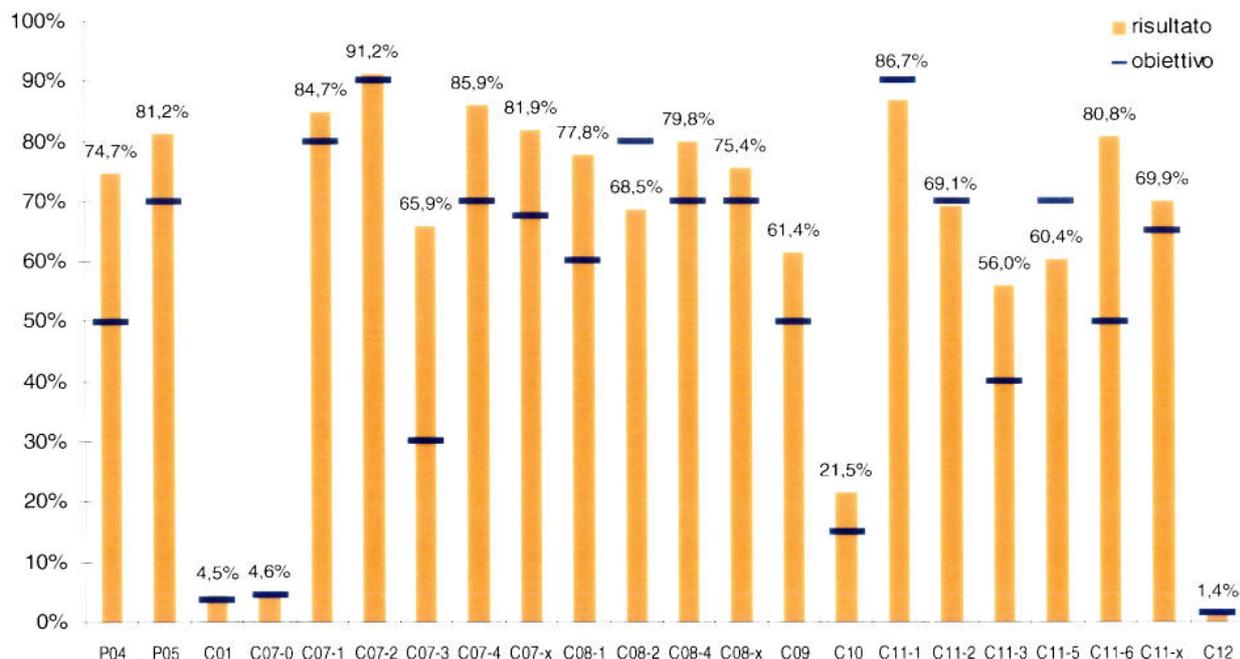
In sintesi si rappresentano per gruppi di indicatori nelle quattro sezioni del patto 2010-2012 i risultati raggiunti complessivamente nel triennio.



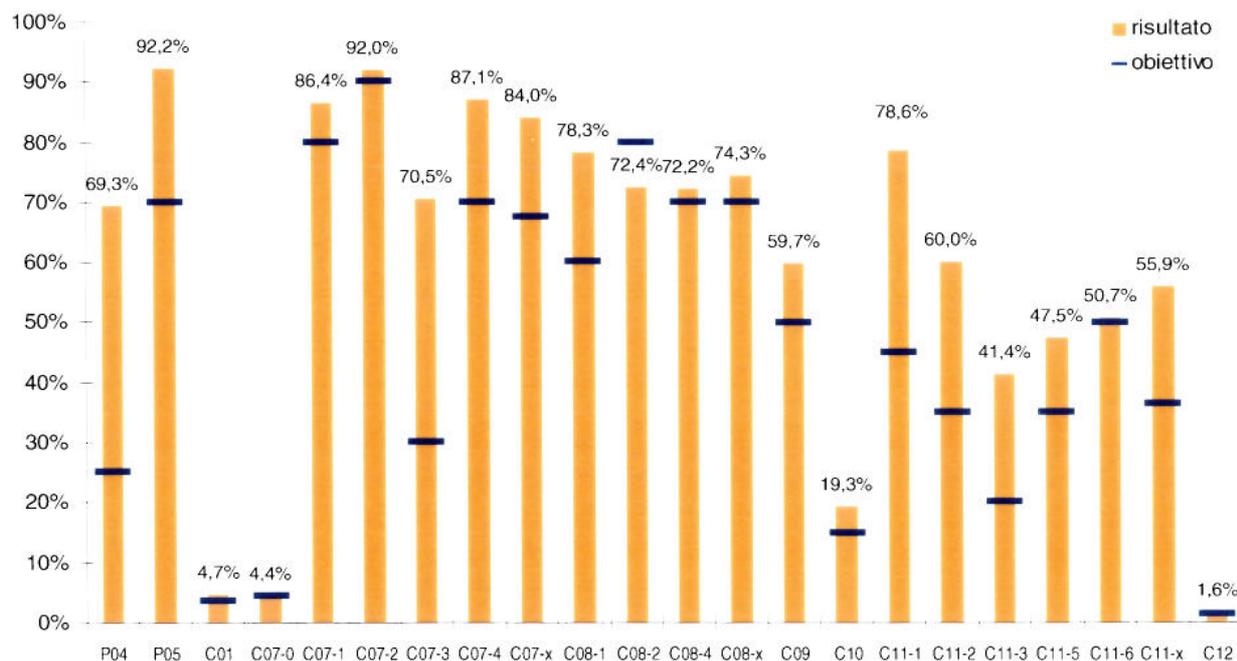
Nell'area della gestione della cronicità, il buon risultato sul raggiungimento degli obiettivi nel triennio (superiore al 90%) si accompagna ad un incremento graduale degli obiettivi che coinvolgono nel 2012 per la quasi totalità dei medici le tre patologie a maggior prevalenza: oncologiche, diabete ed ipertensione ed inoltre, limitatamente alle Utap e MG i lo scompenso cardiaco.

Di seguito si riportano per tipologia di forma associativa i risultati degli indicatori relativi alla gestione della cronicità per l'anno 2012 (per la legenda degli indicatori si veda dopo i grafici):

UTAP e MGI



GRUPPI



RETI



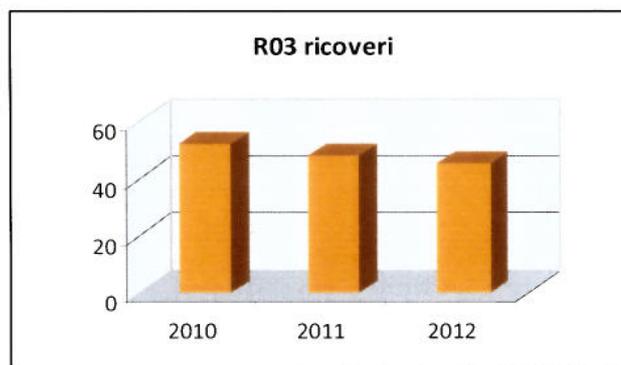
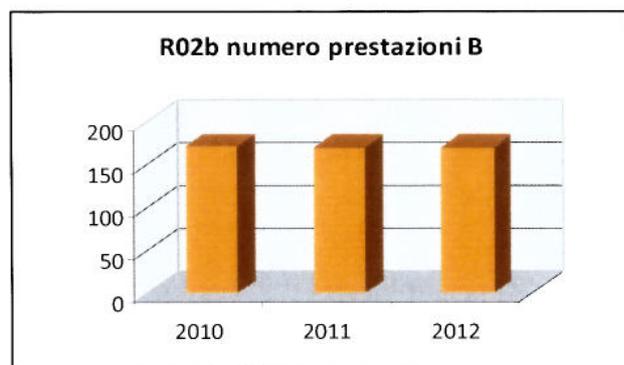
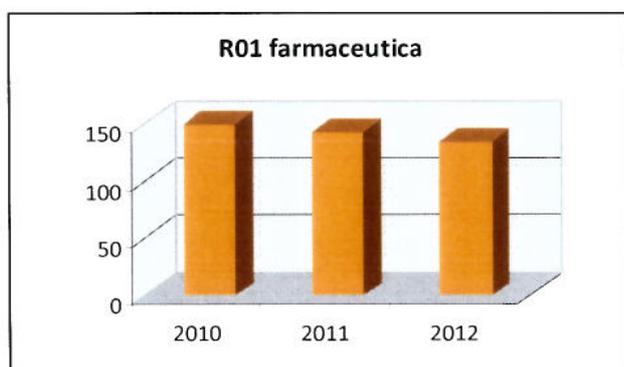
Legenda indicatori

P04	Fumo
P05	Formazione
C01	Prevalenza tumori
C07-0	Prevalenza diabete
C07-1	Registrazione BMI
C07-2	Registrazione dato fumo
C07-3	Registrazione polsi periferici
C07-4	Registrazione PA
C07-x	Media indicatori C07... (Rilevazioni indicatori di processo)
C08-1	Registrazione emoglobina glicata
C08-2	Registrazione fundus
C08-4	Registrazione colesterolo LDL
C08-x	Media indicatori C08... (Registrazione annuale anamnesi ed analisi obiettivo)
C09	Emoglobina glicata <= 7
C10	Prevalenza ipertensione arteriosa
C11-1	Registrazione dato fumo
C11-2	Registrazione PA
C11-3	Registrazione BMI
C11-5	Registrazione colesterolo Totale
C11-6	PA <= 150/90 mmHg
C11-x	Media indicatori C11... (Registrazione annuale ipertensione)
C12	Prevalenza scompenso cardiaco

Per quanto riguarda la gestione delle risorse, si sono registrati risultati complessivamente positivi come di seguito sintetizzato:

**PATTO/CONTRATTO DI ESERCIZIO TRA AZIENDA ULSS 4 ALTO VICENTINO E LA MEDICINA GENERALE
TRIENNIO 2013-2015**

Codice	descrizione	Modalità calcolo	Standard	Obiettivo	Risultati ottenuti		
					2010	2011	2012
R01	Farmaceutica	Costo farmaceutica del medico (Numeratore)/ totale assistibili equivalenti del medico (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	Valore anno precedente	<= + 3%	149,1	142,4	134,3
R02a	Specialistica	Numero prestazioni specialistiche al netto del laboratorio del medico (Numeratore)/totale assistibili equivalenti del medico (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	3,8	<= 3,8	3,8	3,79	3,61
R02b	Specialistica	Numero prescrizione B (Numeratore)/totale assistibili equivalenti per 1.000 (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	181	<= 181	171	169,2	169,5
R03	Ricoveri	Numero ricoveri medici al netto dei parti (Numeratore)/ totale assistibili del medico (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	60,1	<= 60,1	51,8	47,8	45



Lo sviluppo dell'informatizzazione

Il graduale processo d'informatizzazione che ad oggi non può ancora dirsi totalmente compiuto è stato reso possibile dalla convergenza di risorse messe a disposizione dalla Regione Veneto con le delibere regionali 3579/2009 e successive, dagli investimenti dell'azienda ulss 4 concretizzatisi sia nelle funzioni di integrazione con la medicina generale (fascicolo), sia con l'attività di supporto (manutenzione e call-center), dalla collaborazione del medico di medicina generale.

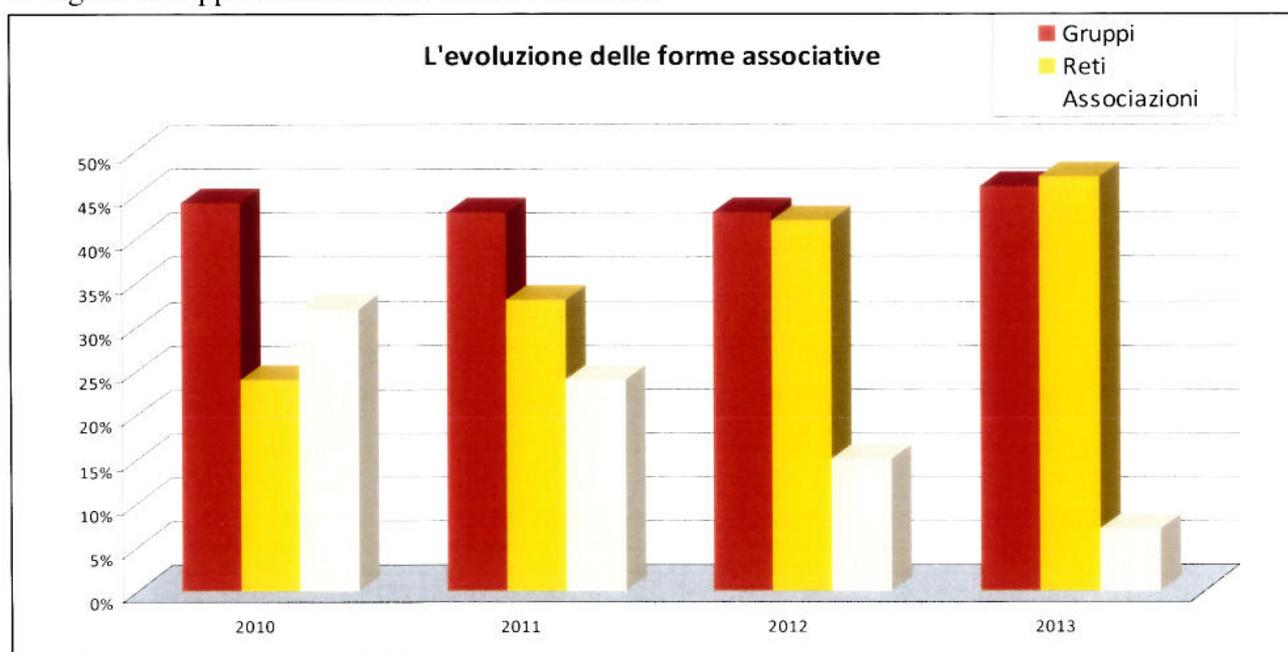
Rimangono diverse criticità che dovranno trovare soluzione nel triennio 2013-2015, esse sono:

- La **completa integrazione** con lo scambio di informazioni tra medico e azienda che preveda due componenti essenziali, l'invio da parte dell'azienda dei referti strutturati ai software dei medici, la partecipazione del medico alla costruzione del patient summary nel rispetto delle linee guida ministeriali e della regione veneto;
- Il **miglioramento della qualità della prescrizione**, in particolare nella codifica del quesito diagnostico per le prime visite, nell'evitare qualsiasi indicazione manuale sulla ricetta;
- Il graduale superamento della **parcellizzazione dei software** verso un numero il più possibile contenuto di cartelle diverse, ed in particolare l'utilizzo di un unico software all'interno delle MGI/Gruppi.
- La MG si dichiara disponibile a sperimentare con l'ULSS 4 un **modello di gestione informatizzata della domiciliarità** previo studio di fattibilità e dopo idonea verifica del progetto

Lo sviluppo delle forme associative

Nel corso del triennio lo sviluppo delle forme associative è stato caratterizzato dal progressivo passaggio di medici singoli in rete e dalla trasformazione di associazioni in medicina di rete, ciò ha consentito di creare i presupposti per costruire ora le nuove forme più strutturate delle medicine di gruppo semplici ed integrate, azione già iniziata nei primi mesi del 2013.

Di seguito si rappresenta in sintesi tale evoluzione:

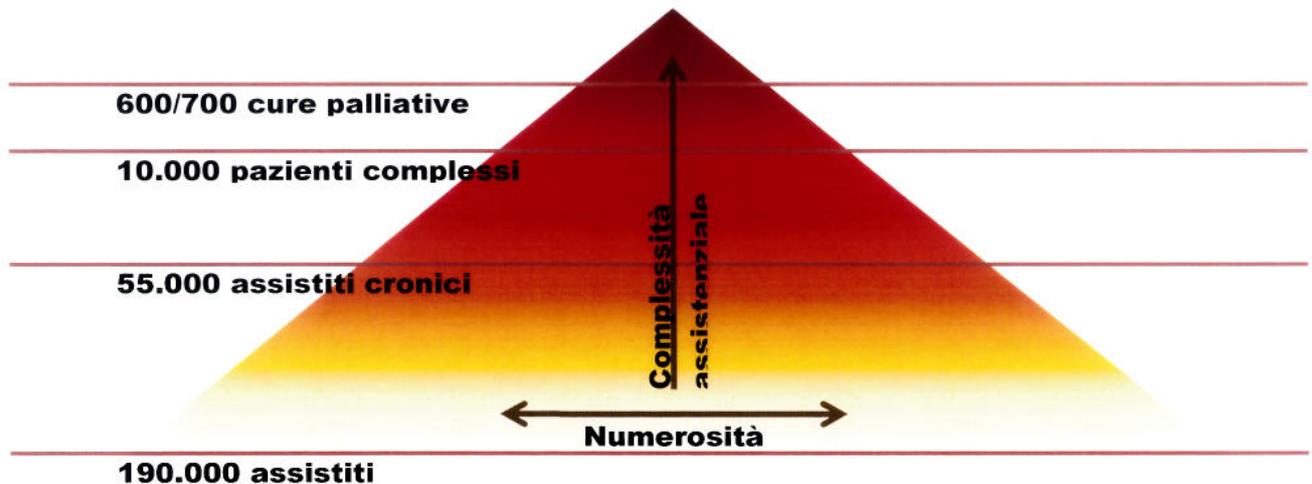


IL MODELLO DI RIFERIMENTO DEL DISTRETTO

Il modello di riferimento è quello definito e descritto in dettaglio nel Piano per il potenziamento dell'assistenza territoriale, in sintesi poggia sui seguenti assunti:

- Il nuovo distretto nasce per migliorare la capacità di dare risposte cliniche di qualità ai malati quando questi siano fuori dall'ospedale (domicilio, ambulatorio, residenze protette);
- L'organizzazione si basa su equipe multi-professionali composte da medici, infermieri, operatori socio-sanitari, operatori tecnici, assistenti sociali guidate:
 - Sotto il profilo organizzativo da una centrale operativa unica

- Sotto il profilo professionale da un metodo di lavoro basato sul confronto, sulla discussione comune dei casi, sulla crescita delle competenze cliniche;
- La riorganizzazione della medicina generale deve essere coerente con:
 - Un ospedale pensato per “episodi di cura” con necessità di alta tecnologia e competenze specialistiche elevate ;
 - I servizi territoriali per cronici “per intensità di presa in carico”
- Riorganizzare la medicina generale serve a dare “basi solide” alla piramide



Il Distretto si organizza, in particolare attraverso una centrale operativa unica, per programmare, gestire e misurare le azioni ed i professionisti sulla base dei percorsi assistenziali.

LA CARTA DEI SERVIZI

La rappresentazione chiara e trasparente dei diritti e doveri reciproci tra medico di medicina generale ed assistito rappresenta oggi una necessità ed un'occasione di miglioramento della qualità del servizio.

E' obiettivo generale del triennio pervenire ad una dichiarazione condivisa tra medicina generale e azienda ulss dei contenuti espliciti di quanto offre il medico come singolo professionista e come componente di una equipe multi professionale (il gruppo o la medicina di gruppo integrata) nella relazione con i cittadini afferenti al territorio e delle condizioni che l'assistito deve rispettare per un utilizzo appropriato e responsabile dei servizi sanitari, in primis del proprio medico di fiducia.

Parte fondamentale della carta dei servizi sarà rappresentata dalla dichiarazione delle prestazioni erogate e quindi esigibili dagli assistiti e delle relative modalità e condizioni di accesso.

Attraverso un gruppo di lavoro misto, medici di medicina generale, di continuità assistenziale, infermieri e dirigenti ulss, si intende giungere ad un modello standard di carta dei servizi personalizzabile dalle singole realtà locali. L'ambito minimo di uniformità è l'aggregazione funzionale territoriale.

CONTENUTI DEL PATTO 2013-2015

Premesso che le parti concordano di definire annualmente l'entità delle risorse necessarie in termini di organizzazione dei servizi, personale di studio ed infermieristico, finalizzate all'attuazione degli obiettivi previsti nel Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, si conviene di declinare il presente Patto in quattro sezioni:

- Sezione 1: *Prevenzione e formazione*
- Sezione 2: *Gestione della cronicità*
- Sezione 3: *Accessibilità*
- Sezione 4: *Appropriatezza nell'uso delle risorse*

Sezione 1 – PREVENZIONE ED EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FORMAZIONE

I medici di famiglia si impegnano a farsi promotori della salute delle rispettive comunità locali, secondo le strategie proposte dalla Carta di Ottawa, in particolare utilizzando i contatti quotidiani con i cittadini per veicolare i messaggi di uno stile di vita sano.

Nell'area della prevenzione si afferma l'importanza del favorire la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, l'adesione agli screening di riconosciuta efficacia colon, cervice uterina, mammella. Un'azione innovativa è rappresentata dall'impegno sulla **stratificazione degli assistiti per rischio cardiovascolare** (utilizzando le schede del progetto cuore); la popolazione così stratificata viene gestita a seconda del livello di rischio: dal medico di medicina generale nel proprio ambulatorio, con la collaborazione di personale infermieristico in ambulatori dedicati, con il supporto del distretto in ambulatori di secondo livello.

Nella prevenzione, l'azienda si impegna a promuovere presso le comunità locali, coinvolgendo anche istituzioni del privato, una cultura volta ai determinanti della salute quali gli stili di vita sani, e la promozione migliori condizioni economiche e sociali e la riduzione delle disuguaglianze.

La formazione rimane un obiettivo fondamentale ma, dopo diversi anni richiede una rivisitazione ed aggiornamento inserendo una modalità a piccoli gruppi strettamente collegata con le AFT oltre a dei momenti assembleari; la formazione diviene così sempre più occasione di audit clinico ed organizzativo ed orientata alla discussione e al miglioramento continuo. La formazione, assieme allo sviluppo delle forme associative strutturate rappresenta una strategia fondamentale per lo sviluppo e il trasferimento delle conoscenze, la crescita organizzativa e un'azione fondamentale in un periodo storico di forte innovazione e di rapido turnover dei medici di medicina generale.

Sezione 2 – GESTIONE DELLA CRONICITÀ

La gestione delle patologie croniche rappresenta la sezione più impegnativa del patto/contratto; in particolare nel corso del triennio verranno gestite:

- il percorso del malato oncologico e le cure palliative
- le dimissioni protette
- il diabete
- l'ipertensione
- lo scompenso
- la BPCO (e l'asma)

il dettaglio degli indicatori è inserito in un allegato come parte integrante del presente accordo (allegato C).

Rappresenta obiettivo condiviso la tenuta professionale della scheda sanitaria, la partecipazione alla costruzione del fascicolo personale dell'assistito, la misurazione di parametri al fine di verificare

l'applicazione uniforme dei percorsi assistenziali (allegato C), la stratificazione della popolazione per comorbidità.

La gestione della cronicità viene schematizzata attraverso una serie di step successivi, modulabili nell'arco del triennio, quali:

- estrazione dalla cartella clinica del MMG di liste di pazienti affetti da specifiche patologie e problemi di salute e di indicatori di qualità clinica dell'assistenza condivisi con l'Azienda, ed in linea con gli standard informativi proposti dalle Società Scientifiche della Medicina Generale;
- effettuazione di audit clinici per ciascuna patologia con l'individuazione e la realizzazione di percorsi professionali ed organizzativi di miglioramento della qualità clinica dell'assistenza interni alla forma associativa, anche con il supporto dell'Azienda;
- sperimentazione e partecipazione a percorsi assistenziali integrati con il Distretto e l'Ospedale.

Nella gestione della patologia cronica è riconosciuto nel team multi professionale lo strumento organizzativo più idoneo a rispondere con efficacia ed economicità ai bisogni degli assistiti. Per tale motivo l'Azienda si impegna a fornire alla medicina generale risorse infermieristiche con personale proprio o comunque con figure adeguatamente formate quantificando uno standard minimo pari a 2 euro per assistito (ad eccezione delle situazioni esistenti che già fruiscono dell'indennità per personale infermieristico, fatto salvo diverso accordo tra le parti).

Sezione 3 – ACCESSIBILITÀ

Nell'ottica di favorire una presa in carico continuativa reale ed efficace della popolazione, oltre che per addivenire ad un più equo ed uniforme livello assistenziale, razionalizzando le varie forme organizzative dei MMG, si individuano nella rintracciabilità telefonica e nell'estensione della copertura oraria gli indicatori su cui intervenire per garantire all'assistito l'accesso al proprio medico.

Il modello di riferimento punta alla contattabilità H12 integrata con la Continuità assistenziale in modo da realizzare l'H24 su tutto il territorio aziendale.

Viene ribadita l'importanza di fornire strumenti adeguati di tipo organizzativo al fine di consentire al medico di medicina generale di gestire la propria attività su appuntamento e con un certo livello di programmazione. Per tale motivo l'Azienda si impegna a fornire a tutti i medici un servizio di segreteria/call center nelle modalità che verranno definite in accordo tra le parti e comunque sempre più integrate con la funzione della centrale operativa unica del distretto.

Una migliore accessibilità, in aggiunta alla dichiarazione nella Carta dei Servizi delle prestazioni fornite, dovrebbe consentire una più efficace gestione dell'acuzie con ricadute anche sul piano degli accessi impropri al Pronto Soccorso e al ricovero ospedaliero.

Sezione 4 – APPROPRIATEZZA NELL'USO DELLE RISORSE

Si conviene che l'appropriatezza nell'uso delle risorse sia la risultante di varie azioni, tra cui:

- l'applicazione di approcci basati sulle evidenze scientifiche nella prescrizione farmaceutica e la promozione dell'utilizzo razionale dei farmaci tra la popolazione assistita;
- la promozione delle cure domiciliari, garantendo percorsi di ammissione e dimissione protetta;
- l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi tra il Territorio e l'Ospedale;
- la promozione di metodiche di audit clinico ed organizzativo tra gli attori del sistema.
- I benefici anche se di medio-lungo termine di azioni di prevenzione e di promozione dell'autogestione dei pazienti.

In relazione al principio di corresponsabilità nell'utilizzo delle risorse, la sezione 4 fa riferimento ai tre fattori fondamentali di utilizzo delle risorse: farmaceutica, specialistica e ricoveri che vengono misurati sul singolo medico. Si inserisce anche il macroindicatore valutato sull'associazione.

Rappresentano indicatori rilevanti (calcolati sul singolo medico):

Farmaceutica: costo medio per assistibile equivalente

Specialistica: numero prescrizione priorità B per 1.000 assistibili (equivalenti) e numero medio di prestazioni per assistibile equivalente al netto del laboratorio;

Ricoveri: tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici al netto dei parti.

A questi indicatori viene aggiunto e calcolato come valore di associazione il *Macroindicatore* come indicatore di sintesi.

Al fine di correlare più correttamente il consumo di fattori con la tipologia di popolazione assistita con particolare riferimento alla multimorbilità, **i medici di medicina generale sono disponibili a sperimentare, valutato l'eventuale carico di lavoro necessario, l'uso di algoritmi di health management avanzato in particolare con riferimento al sistema ACG (Adjusted Clinical Group) approvato con DGRV n. 439 del 20.03.2012.**

SISTEMA INFORMATIVO

Le parti concordano che la dimensione informativa/informativa rappresenta:

- uno strumento di supporto alla presa in carico del singolo paziente;
- uno strumento fondamentale per garantire *l'efficienza e l'equità* nell'accesso ai servizi offerti;
- uno strumento per assicurare *la continuità dell'assistenza* attraverso lo scambio informativo tra le varie figure coinvolte nel percorso assistenziale;
- uno strumento gestionale per accompagnare e "*dare conto*" della presa in carico di problemi clinici (es. prevenzione, piccole emergenze, cronicità, integrazione socio-sanitaria, continuità dell'assistenza) da parte dei MMG in integrazione con gli altri professionisti della salute;
- uno strumento di *analisi ed interpretazione* dei bisogni di salute di una Comunità;
- uno strumento per l'audit ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Sulla base di tali premesse le parti convengono di impegnarsi:

- all'adozione di un unico software all'interno della forma associativa o comunque di software in grado di dialogare efficacemente (non limitatamente ad anagrafe, prescrizioni ed esami);
- all'adozione di software compatibili ed integrabili con il sistema informativo aziendale al fine di costituire un Sistema Informatico Integrato, assolvendo anche ai requisiti previsti dall'ACN (es. effettuazione della spedizione informatizzata della ricetta rossa);
- all'allineamento degli archivi dei MMG con l'anagrafe assistiti dell'Azienda e con l'archivio esenzioni;
- all'estensione di alcune caratteristiche minime del sistema di collegamento in rete, con la possibilità di utilizzare gli strumenti messi a disposizione dall'Azienda (es. collegamento al fascicolo socio-sanitario aziendale), oltre che di importare, nella propria cartella, documenti strutturati (es. referti degli esami laboratoristici prescritti, SDO, ecc.);
- allo sviluppo di un utilizzo professionalizzato da parte del MMG della cartella sanitaria, finalizzata alla raccolta sistematizzata di dati sui pazienti, a partire dalla registrazione e codifica delle diagnosi di patologia;
- alla definizione condivisa delle modalità di registrazione dei dati e di codifica delle patologie;

- alla produzione del set di indicatori di qualità clinica ed assistenziale per tipologie di pazienti previsti dal patto aziendale da inviare all'Azienda Ulss (allegato C);
- alla definizione della struttura del patient summary e sulla sua produzione, oltre che alla gestione funzionale dei flussi documentali tra Azienda e MMG.

Lo sviluppo del sistema informativo socio sanitario rappresenta nel triennio 2013-2015 uno degli obiettivi strategici principali. In particolare nel triennio le parti si impegnano a perseguire l'effettiva integrazione dei sistemi avendo nella costruzione di un fascicolo sociosanitario unico l'obiettivo finale. L'azienda si impegna a proseguire nell'implementazione del progetto regionale denominato DOGE che prevede il ritorno in cartella del medico di medicina generale degli esami e referti firmati digitalmente, ciò rappresenterà un evidente risparmio di tempo per il medico e un valore aggiunto in termini di completezza ed affidabilità della cartella sanitaria.

A loro volta i medici di medicina generale si impegnano a contribuire alla costruzione ed alimentazione del fascicolo sociosanitario in particolare con le informazioni quali: la/le diagnosi ed i problemi di salute attivi, la terapia in uso, parametri come BMI, PA, informazioni legate agli stili di vita ecc, almeno per le tipologie di pazienti di cui all'allegato C).

Azienda e medici si impegnano a sviluppare assieme il sistema informativo socio sanitario con l'obiettivo prioritario di semplificare la burocrazia non necessaria, migliorare la conoscenza e gestione dei percorsi, aumentare la qualità e la sicurezza dei servizi. Sono aree di sperimentazione il paziente domiciliare e quelli complessi gestiti in stretta collaborazione con i servizi del distretto e governati dalla centrale operativa unica.

Ulteriore area di sperimentazione è rappresentato dalla **integrazione-comunicazione tra medico di medicina generale e continuità assistenziale** al fine di migliorare la gestione di casi problematici potendo condividere il progetto assistenziale e le decisioni conseguenti.

Da ultimo, ma non per importanza, il rapporto con gli specialisti ambulatoriali. Nel 2013 prenderà avvio la prescrizione/prenotazione da parte degli specialisti dei controlli, rimane da sviluppare la modalità di integrazione tra medico di medicina generale e specialista all'interno delle AFT in particolare per le prestazioni previste dai percorsi assistenziali dei malati cronici. La prima area di sperimentazione sarà avviata con il CAD.

Se questi sono gli obiettivi di integrazione "verticale", nell'ambito di ciascuna AFT le parti condividono **l'opportunità di convergere verso software di riferimento unici**, tenuto conto delle caratteristiche tecniche di ognuno e della numerosità dei medici interessati.

L'azienda si impegna a mantenere il contributo pari a 250 euro annui, per i medici che non beneficiano delle linee aziendali, per il collegamento ADSL a fronte dell'impegno dei medici nel progetto aziendale privacy che si sostanzia nella raccolta del consenso bidirezionale tra medici di medicina generale ed azienda e viceversa.

SISTEMA DI MONITORAGGIO

Il contratto contiene obiettivi misurati da indicatori quantitativi (tabella Allegato C). Il sistema degli indicatori, nelle sezioni 1 e 2, è basato su informazioni riferite al singolo assistito, registrate nella cartella informatizzata del medico e gestite per finalità di tutela della salute.

La produzione degli indicatori avverrà progressivamente in maniera automatizzata grazie all'estrazione di report sintetici (query) che il medico potrà eseguire autonomamente o tramite un invio automatizzato all'azienda secondo modalità e tempistiche che verranno definite da uno specifico gruppo tecnico (CAFI).

Le informazioni più rilevanti, oggetto di rilevazione di indicatori del patto/contratto, definite in gruppo tecnico e condivise dal Comitato Aziendale, andranno ad arricchire il patrimonio

informativo sul paziente rappresentato dal fascicolo sociosanitario elettronico, nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'azienda si impegna a supportare i medici nella definizione del flusso informativo garantendo l'interfaccia con le software-house al fine di standardizzare e semplificare quanto più possibile le modalità di imputazione, rilevazione e trasmissione dei dati.

Per quanto concerne gli obiettivi della Sezione 4 "Appropriatezza nell'uso delle risorse" si conviene che in caso di **non raggiungimento degli obiettivi possa essere organizzato un audit specifico su richiesta del medico o su iniziativa dell'Azienda Ulss per valutare i motivi dello scostamento anche con riferimento al case-mix per patologia di popolazione assistita.**

L'azienda si impegna a realizzare un monitoraggio semestrale degli obiettivi oggetto del patto ed eventuale audit in caso di sfioramento.

Per l'Azienda partecipano agli audit i tecnici di volta in volta individuati a seconda dell'argomento da trattare (farmacista, epidemiologo, statistico ecc.). Il risultato dell'audit sarà portato alla Direzione Aziendale per la valutazione.

SISTEMA PREMIANTE E LIQUIDAZIONE DEI COMPENSI

Sulla scorta di quanto previsto dalla DGR n. 1575 del 26 maggio 2009 dalla DGR 41/2011 e DGR 1666/2011, il sistema premiante dei Patti risulta così articolato:

- quote A (pari a € 3,10 per assistito) e B (che non potrà risultare superiore a € 1,35 per assistito) collegate al raggiungimento o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale;
- quota C-Contratto di esercizio collegata alla individuazione delle migliori pratiche anche in termini di obiettivi di salute misurati con indicatori di qualità clinica ed assistenziale, **con risorse risultanti da processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione e salvo il mantenimento dell'equilibrio di bilancio** - la Direzione Aziendale, il Nucleo della Rappresentatività e il Comitato d'Azienda, convenendo sull'opportunità di formulare un *Contratto unico articolato in obiettivi affidati per tipologia di forma associativa*, hanno raggiunto il seguente accordo economico (il cui dettaglio è rimandato all'allegato A):

Per obiettivi affidati alle forme associative	Quota A) + B)	Quota C e Contratto di esercizio Fino a:	Produttività aziendale	Totale
Medicina in rete	€ 4,45	€ 9,55	-	€ 14,00
Medicina di gruppo/MGI	€ 4,45	€ 10,10	€ 3,15	€ 17,70

Si conviene di mantenere per i medici afferenti alle UTAP/MGI alla data del 31/12/2012 il livello di incentivazione pregressa a fronte di specifiche progettualità aziendali come esplicitati nell'allegato B).

Ad aggiunta del fondo come sopra costituito, si prevede un accantonamento calcolato come monte ore stimato di incontri per ciascun gruppo di lavoro, finalizzato a specifici progetti, da deliberare in sede di negoziazione. Il compenso orario previsto è pari a € 90,00 per accesso (fino alla prima ora) e € 60,00 per ogni ora successiva. Questa quota parte extra fondo è strettamente dipendente dalle decisioni della Direzione Aziendale relativamente ai percorsi di collaborazione/consulenza da

* I medici appartenenti alle Medicine di Gruppo possono concorrere agli obiettivi specifici di cui all'allegato "B". Nel caso in cui l'azienda reperisca le risorse necessarie si impegna a riconoscere gli incentivi.

I medici si impegnano a dichiarare la volontà di perseguire (o) obiettivi dell'allegato

attivare e dovrebbe essere reiterata alla fine di ciascun esercizio sulla base del numero dei gruppi attivi e/o da attivare.

- quota D collegata a processi di appropriatezza generata dalla Medicina Convenzionata con la possibilità di riallocare le risorse in beni e servizi per le Cure primarie.
Costituiscono ambiti di investimento individuati nel Piano di potenziamento dei servizi territoriali lo sviluppo pianificato delle forme associative (con estensione della medicina di rete e della medicina di gruppo semplice ed integrata) e la dotazione di servizi di segreteria/call-center ed infermieristici (questi ultimi con riferimento ad uno standard minimo di 2 euro per assistito).

L'articolazione degli incentivi per il periodo di valenza del patto 2013-2015 è rappresentata come tabella Allegato A) e B) salvo diverse e cogenti disposizioni regionali e/o nazionali.

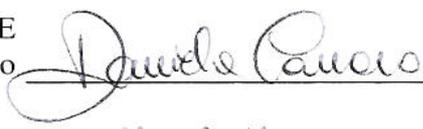
Modalità di erogazione: la quota di premio per assistito sarà riconosciuta in maniera proporzionale al raggiungimento degli obiettivi e sarà erogata al singolo medico.

Il premio sarà erogato per il 25% alla firma del Contratto; per il 50% alla verifica semestrale; per il 25% a saldo.

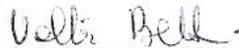
In qualità di organo preposto per la verifica del raggiungimento degli obiettivi viene confermata la "Commissione per la Verifica" composta dai due responsabili delle U.O. Cure Primarie, da due Medici di Assistenza Primaria e da un amministrativo in qualità di segretario.

Thiene, 15 maggio 2013

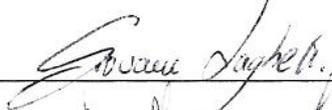
II DIRETTORE GENERALE
Avv. Daniela Carraro

Dr. Bettanin Valter



Dr. Laghetto Giovanni



Dr. De Facci Giuseppe

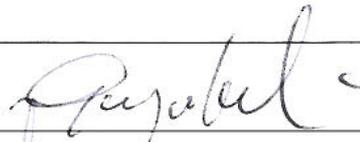


Dr. Pilla Paolo

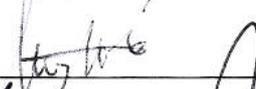


Dr. Segalla Daniele

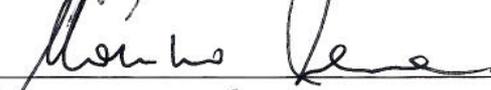
Dr. Testolin Giorgio

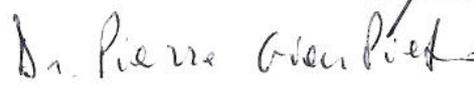


Dr. Zen Augusto



Dr. Zenari Marino



Allegato A): Patto aziendale e contratto di esercizio - obiettivi e relativi incentivi anni 2013-2015

SEZIONI	Aree obiettivo/indicatore	Standard	Codice (vedi allegato)	Obiettivo	Associazioni / Reti	Medicine gruppo / MGI
Prevenzione e formazione	Prosecuzione nella partecipazione attiva alla campagna vaccinale antinfluenzale relativamente alla propria popolazione ultra 65enne	Tasso di copertura	P01	>= 65%	€ 0,30	€ 0,30
	Prosecuzione nella partecipazione attiva alle campagne di screening aziendali	Tasso di copertura	P02	% >= media 2008-2009	€ 0,30	€ 0,30
	Rilevazione fumo e consigli sugli stili di vita	Rilevazione da software mmg FUMO (rilevazione triennale)	P04	maggiore 26%	€ 0,30	€ 0,30
	Incontri di formazione secondo il programma gestito dall'Azienda Uiss e dai MMG all'interno del Comitato Scientifico	Frequenza agli incontri	P05	>= 7	€ 0,30	€ 0,30
	Cardiovascolare	Registrazione rischio CV degli assistiti: 35-69 anni (progetto Cuore/SS)	P06-2	>=15% >= 40%	€ 0,30	€ 0,50
TOTALE SEZIONE 1			P06-3	RUOLO INFERMIERE E SPECIALISTA	€ 1,50	€ 1,70
		Prevalenza tumori	C01-1	1° range >= 2% e < 3,5% 2° range >= 3,5%	€ 0,80	€ 0,80
	Neoplasie e cure palliative (ca. 50-70 pazienti; ca. 3-5 pazienti in cure palliative)	Una riunione del gruppo di mmg per la verifica (analisi bisognis/soluzioni) dei casi in cure palliative e trasmissione del verbale al DCP-NCP; partecipazione programmata annuale di un medico del DCP/NCP	C03	In occasione degli incontri di associazione	€ 0,50	€ 0,50
	Dimissioni protette (circa 30 pazienti per anno per medico)	Accesso domiciliare entro la data concordata	C05	in almeno 80% dei casi nel 100% dei casi (salvo specifica documentazione)	€ 2,00	€ 2,50
		Prevalenza diabete	C07-0	indicativamente >= 4,5%		
		Registrazione annuale anamnesi ed E.O (BMI, Fumo, Polsi, PA) inserite in fascicolo sociosanitario	C07-X (media di: C07-1, C07-2, C07-3, C07-4)	1° range 2° range	€ 0,50	€ 1,00
		Rilevazione indicatori di processo (emoglobina, fundus, LDL, microalbuminuria)	C08-X (media di C08-1, C08-2, C08-3, C08-4)	1° range 2° range	€ 0,50	€ 0,70
		Rilevazione indicatori di esito: Emoglobina glicata <= 7	C09-1	>= 50%	€ 0,80	€ 0,80
		PA <= 130/80 mmHg	C09-2	>= 40%		
		Colesterolo LDL < 100 mg/dl	C09-3	>= 50%		
CRONICITA' Condizione è che la il dato deve stare nel software del medico		Emoglobina glicata > 8 o rischio > V	C09-4	RUOLO CAD		
		Prevalenza ipertensione arteriosa	C10	>=15%	€ 1,00	€ 1,00
	ipertensione	Rilevazione di indicatori di processo ed esito a target (PAO, BMI) inserite in fascicolo sociosanitario;	C11-X (media di C11-1, C11-2, C11-3, C11-4, C11-5, C11-6)	1° range	€	€ 0,40
		Prevalenza scompenso cardiaco con codifica classe NYHA	C12	> 1,5%	€	€ 0,80
		Rilevazione di indicatori di processo: PA e BMI semestrale; % in terapia con Ace inibitori	C13-X (media di C13-1, C13-2)	1° range 2° range		
Scompenso cardiaco (ca. 10-15 pazienti)	N. pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno una prescrizione di ACE-inibitori/Sartani (codice ATC: C09) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	C 13a	>=65%			
	Classe NYHA > 2		RUOLO SAI			

TOTALE SEZIONE 2		€	6,10 €	8,50
Rintracciabilità telefonica				
Apertura dello studio il sabato mattina	A01	08:00-20:00 da lun-ven e 08:00-10:00 il sabato	1,40 €	1,40
	A02	dalle 08:00 alle 10:00	1,00 €	1,00
Copertura oraria serale	A03	Almeno 2h/settimana dopo le ore 18:00 per MMG	0,50 €	0,50
	A04	1h dopo le 18:00 per cinque giorni alla settimana	€	1,10
	A05	>= 11h/gg		
TOTALE SEZIONE 3			2,90 €	4,00
Accessibilità	R01-1	Valore spesa per assistibile equivalente N.B. Per i medici sotto allo standard aziendale, anche se l'obiettivo a cui tendere è limitare l'incremento al +3%, verrà considerato positivamente il rimanere al di sotto della media aziendale + 3%.	€	1,00 €
	R01-2	prescrizione di medicinali con principio attivo a brevetto scaduto; le classi sono CA antagonisti,		
	R01-3	ACE inibitori	>= 80%	
	R01-4	ACE inibitori in associazione	>=95%	
	R01-5	sartani da soli e in associazione	>=90%	
	R01-6	statine	>=80%	
	R01-7	bifosfonati	>=80%	
	R01-8	antidpressivi	>=55%	
	R01-9	inibitori della testosterone 5 alfa reduttasi (finasteride/dutasteride)	>=90%	
	R01-11	n. soggetti in terapia con sartani sul totale dei soggetti in terapia con i farmaci del sistema renina/angiotensina	>=65%	
	R01-12	aumento dell'utilizzo della morfina orale e parenterale rispetto all'anno precedente	<=28%	
Specialistica singoli	R02	N. prestazione / Abit. equivalenti del 2009 con rispetto del tasso di prescrizione del percorso B	€	1,00 €
Ricoveri medici singoli	R03	Tasso specializzazione del 2009	€	0,50 €
Macroindicatore di associazione	R04	Valore medio standard (anno precedente) + 3%	€	1,00 €
TOTALE SEZIONE 4			3,50 €	3,50
TOTALE			14,00	17,70

Indicatore di monitoraggio di appropriatezza prescrittiva

Progetto speciale

SEZIONI	Area obiettivo/indicatore	Standard	Codice (vedi allegato)	Obiettivo	2013	2014-2015
CRONICITA' Condizione è che la il dato deve stare nel software del medico	BPCO	Prevalenza	C14	1° range >= 2% e < 3,5%	€ 1,00	€ 0,50
		Definizione percorso e definizione indicatori di processo e esito	C14-1		€ 1,00	
		Rilavazione indicatori di processo ed esito nei LAP	C14-2			€ 1,00
		Indicatori di appropriatezza prescrittiva	C14-3			€ 0,50
TOTALE SEZIONE 2				€ 2,00	€ 2,00	
Accessibilità	Copertura oraria cumulata degli studi		A05	>= 11h/gg	€ 3,80	€ 3,80
TOTALE SEZIONE 3				€ 3,80	€ 3,80	
TOTALE				5,80	5,80	

Allegato C): Dettaglio tecnico indicatori

Aree	Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard	Obiettivo
Vaccinazione antiinfluenzale	P01	vaccinazione antiinfluenzale	N. vaccinati complessivi >64 (Numeratore)/n. assistibili del medico > 64 (Denominatore)	75%	65%
Adesione agli screening	P02	adesione agli screening	N. aderenti (Numeratore) / n. invitati (Denominatore) indicatore calcolato a livello aziendale per ciascuno screening	media 2008-2009 citologico 69% mammografico 78% colon 77%	% >= media 2008-2009
Fumo	P04	fumo	N. pazienti con almeno una registrazione del fumo nel triennio (Numeratore)/totale pazienti assistiti (Denominatore)	> 26%	> 26%
Formazione	P05	formazione	Rilevazione delle presenze agli incontri attraverso i fogli firma	10	> = 7
Cardiovascolare	P06	Cardiovascolare	Registrazione rischio CV degli assistiti 35-69 anni (progetto Cuore/ISS)	> 40%	1° range >= 15% e < 40% 2° range >= 40%
Neoplasie e cure palliative (ca. 50-70 pazienti; ca. 3-5 pazienti in cure palliative)	C01	Prevalenza tumori	N pazienti età > 18 con neoplasie a comportamento maligno (esclusi i tumori della pelle non melanotici) (Numeratore)/Totale dei pazienti > 18 (Denominatore)	5% LAP SIMG	1° range >= 2% e < 3.5% 2° range >= 3.5%
	C03	riunione del gruppo di mmg per la verifica (analisi bisogni/soluzioni) dei casi in cure palliative	una riunione del gruppo di mmg per la verifica (analisi bisogni/soluzioni) dei casi in cure palliative e trasmissione del verbale al DCP-NCP; partecipazione programmata annuale di un medico del DCP/NCP		in occasione incontri associazione
Dimissioni protette	C05	Accesso domiciliare entro la data concordata	L'indicatore è riferito ad una particolare categoria di utenti individuati nel diario di dimissioni protette secondo le seguenti specifiche: 1) utenti con diagnosi di scompenso cardiaco e ricoveri ripetuti entro i 30 gg 2) utenti con diagnosi di diabete scompensato e ricoveri ripetuti entro i 30 gg 3) utenti con diagnosi oncologica e dimessi in trattamento con oppiacei 4) utenti nei quali il fatto acuto ha determinato una modificazione della complessità clinico-assistenziale (comparsa di nuovi bisogni:CVC-CVC Port-cath,NE) 5) utenti per i quali la rete socio-assistenziale necessita, per dimostrare difficoltà di gestione, di un accesso multidisciplinare in tempi rapidi e pazienti per i quali la Famiglia ha accettato con difficoltà il rientro a domicilio 6) utenti con ricoveri ripetuti		1° range > 80% 2° range 100% salvo specifica documentazione
	C07-1	Registrazione BMI	N pazienti di età > 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di BMI nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	80% LAP SIMG	1° range >= 60% e < 80% 2° range >= 80%
	C07-2	Registrazione dato fumo	N pazienti di età > 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di fumo entro l'anno di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	90% LAP SIMG	1° range >= 65% e < 90% 2° range >= 90%
	C07-3	Registrazione polsi periferici	N pazienti di età > 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione la cui cartella riporta la valutazione dei polsi periferici nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	30% LAP SIMG	1° range >= 20% e < 30% 2° range >= 30%
	C07-4	Registrazione PA	N pazienti di età > 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di PA entro l'anno di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età >= 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	70% LAP SIMG	1° range >= 45% e < 70% 2° range >= 70%

Allegato C): Dettaglio tecnico indicatori

Diabete tipo 2 non insulino trattato (ca.50-70 pazienti)
 gli indicatori sono misurabili a seguito di codifica dei pazienti

c08-1	Registrazione emoglobina glicata	N pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di emoglobina glicata entro l'anno di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	60% LAP SIMG	1° range \geq 40% e $<$ 60% 2° range \geq 60%
c08-2	Registrazione fundus	N pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno un esame del fondo oculare nei 24 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (Numeratore) /totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	80% LAP SIMG	1° range \geq 60% e $<$ 80% 2° range \geq 80%
c08-3	Registrazione microalbuminuria	N. pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione della microalbuminuria nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	60% LAP SIMG	1° range \geq 40% e $<$ 60% 2° range \geq 60%
C08-4	Registrazione colesterolo LDL	N. pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di colesterolo LDL nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (Numeratore) / totale pa-zienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	70% LAP SIMG	1° range \geq 45% e $<$ 70% 2° range \geq 70%
C09-1	Emoglobina glicata \leq 7	N. pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di emoglobina glicata nell'anno di osservazione \leq 7% (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di emoglobina glicata nell'anno di osservazione (Denominatore)	50% LAP SIMG	\geq 50%
C09-2	PA \leq 130/80 mmHg	N. pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di PA nell'anno di osservazione \leq 130/80 mmhg (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di PA nell'anno di osservazione (Denominatore)	40% LAP SIMG	\geq 40%
C09-3	Colesterolo LDL $<$ 100 mg/dl	N. pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di colesterolo LDL nell'anno di osservazione $<$ 100 mg/d (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di colesterolo LDL nell'anno di osservazione (Denominatore)	50% LAP SIMG	\geq 50%
C10	Prevalenza ipertensione arteriosa	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi ipertensione arteriosa entro l'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni (Denominatore)	20% LAP SIMG	\geq 15%
C11-1	Registrazione dato fumo	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di fumo entro l'anno di osservazione (Numeratore) / totale di pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 100% LAP: 90%	1° range \geq 45%
C11-2	Registrazione PA	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di PA nell'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%	1° range \geq 35%
C11-3	Registrazione BMI	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di BMI nell'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 50% LAP: 40%	1° range \geq 20%
C11-5	Registrazione colesterolo Totale	N. pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di colesterolo Totale entro l'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età \geq 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%	1° range \geq 35%

Ipertensione

Allegato C): Dettaglio tecnico indicatori

	C11-6	PA ≤ 150/90 mmHg	N. pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di PA registrato nell'anno di osservazione ≤ 150/90 mmHg (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di pressione nell'anno di osservazione (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 50%	1° range >= 50%
Scopenso cardiaco (ca. 10-15 pazienti)	C12	Prevalenza scompenso cardiaco	N. di pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco entro l'anno di osservazione (Numeratore) / totale dei pazienti di età ≥ 18 anni (Denominatore)	1,5% LAP SIMG	>= 1,5%
	C13	Definizione indicatori di processo e esito	Rilevazione di indicatori di processo: PA e BMI semestrale: % in terapia con Ace inibitori	Riferimento SIMG	da definire
	C13a	Appropriatezza prescrittiva pazienti con scompenso	N. pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (codice ATC: C09) negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età >40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (Denominatore)	70%	>= 65%
BPCO	C14-1	Prevalenza BPCO	N. pazienti di età ≥ 40 anni con diagnosi di BPCO entro l'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 40 anni (Denominatore)	Ideale: 5% LAP: 2,5%	> 2,5%
Accessibilità	A01	Rintracciabilità telefonica	Disponibilità del medico ad una rintracciabilità telefonica 8.00-20.00 da lun-ven e 8.00-10.00 il sabato.		8.00-20.00 da lun-ven 8.00-10.00 il sabato
	A02	Apertura dello studio il sabato mattina	Apertura dell'ambulatorio il sabato mattina dalle 8.00 alle 10.00		sabato dalle 8.00 alle 10.00
	A03	Copertura oraria serale	Almeno 2h/settimana dopo le ore 18.00 per MMG		2h/settimana dopo le ore 18.00 per MMG
	A04	Copertura serale per tutta la settimana	1h dopo le 18.00 per cinque giorni alla settimana		1h dopo le 18.00 per cinque giorni alla settimana
	A05	Copertura oraria cumulata degli studi	Copertura oraria cumulata degli studi per almeno 11 ore al giorno		>= 11h/gg
Appropriatezza uso risorse N.B. gli indicatori di appropriatezza nell'uso delle risorse saranno oggetto di apposito audit con un gruppo aziendale in caso di risultato negativo anche con riferimento alla specifica composizione di utenza del medico (case mix per patologia)	R01-1	Farmaceutica	Costo farmaceutica del medico (Numeratore)/ totale assistibili equivalenti del medico (Denominatore) N.B. Per i medici sotto allo standard aziendale, anche se l'obiettivo a cui tendere è limitare l'incremento al +3%, verrà considerato positivamente il rimanere al di sotto della media aziendale + 3% INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	148 (riferimento 2009)	Per medici sotto standard aziendale: <= valore anno precedente + 3% Per medici sopra standard aziendale: rientro a standard + 3%
	R01-2	Indicatori non incentivati, solo monitoraggio e audit	prescrizione di medicinali con principio attivo a brevetto scaduto: le classi sono CA antagonisti.		>= 80%
	R01-3		ACE inibitori		>=95%
	R01-4		ACE inibitori in associazione		>=90%
	R01-5		sartani da soli e in associazione		>=80%
	R01-6		statine		>=80%
	R01-7		bifosfonati		>=55%
	R01-8		antidepressivi		>=90%
	R01-9		inibitori della testosterone 5 alfa reductasi (finasteride/dutasteride)		>=65%
	R01-11		n. soggetti in terapia con sartani sul totale dei soggetti in terapia con i farmaci del sistema renina/angiotensina		<=28%
	R01-12		aumento dell'utilizzo della morfina orale e parenterale rispetto all'anno precedente		> anno precedente
	R02	Specialistica - prestazioni B - num. Prestaz	Numero prestazioni specialistiche al netto del laboratorio del medico (Numeratore)/totale assistibili equivalenti del medico (Denominatore) Numero prescrizione B (Numeratore)/totale assistibili equivalenti per 1.000 (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	3,80 181	<= 3,80 <= 181
	R03	Ricoveri	Numero ricoveri medici al netto dei parti (Numeratore)/ totale assistibili del medico (Denominatore) INDICATORE PER SINGOLO MEDICO	60,1	<= 60,1
R04	Macrindicatore	Somma costo farmaceutica, valorizzazione ricoveri medici e specialistica dell'associazione (meccanismo di calcolo 2009) INDICATORE PER ASSOCIAZIONE	Standard aziendale anno precedente (riferimento 2012)	<= + 3%	