

PATTO AZIENDALE TRIENNIO 2010 - 2012 - 2013 - 2014

- 1. INTRODUZIONE**
- 2. ADESIONE AL PATTO AZIENDALE**
- 3. GLI OBIETTIVI DEL PATTO TRIENNALE**
- 4. GLI ORGANISMI DEL PATTO**
 - 4.1. Il NMP - Nucleo di Monitoraggio Provinciale
 - 4.2. I Team
 - 4.3. I Gruppi di lavoro monotematici
- 5. QUOTA "A": IL PAZIENTE ANZIANO E L'ANZIANO DIABETICO (€ 3,10/ASSISTIBILE/ANNO)**
 - 5.1. Contenuti ed obiettivi del Patto 2010-2012 e proroga 2013
 - 5.2. Contenuti ed obiettivi del Patto dal 01/01/2014 al 30/06/2014
- 6. QUOTA "B": LO SVILUPPO PROFESSIONALE: LA FORMAZIONE (€ 1,35/ASSISTIBILE/ANNO)**
 - 6.1. Contenuti ed obiettivi del Patto e proroga 2013-2014
 - 6.1.1 Formazione Coordinatori di Team
- 7. QUOTA "C"**
 - 7.1 Obiettivi 01/01/2013 - 30/09/2013
 - 7.2 Obiettivi 01/01/2013 - 30/06/2013
 - 7.3 Obiettivi 01/10/2013 - 31/12/2013
 - 7.4 Obiettivi 01/01/2014 - 30/06/2014
- 8. IL "FONDO D"**
- 9. GLI ASPETTI ECONOMICI**
- 10. PROGRAMMI AZIENDALI SPECIFICI**
- 11. NOTA FINALE**
- 12. NOTA VERBALE**

Handwritten notes and signatures on the left margin:
- A large signature at the top left.
- The name "Fede Jura S.p.A." written vertically.
- The name "Vito" written vertically.
- A signature at the bottom left.
- The name "Cine" written at the bottom left.

1. INTRODUZIONE

Nel presente documento sono riportati i contenuti e gli obiettivi del Patto 2010 - 2012 che si intendono riconfermare, come proroga del Patto in essere, e le integrazioni e gli obiettivi concordati per l'anno 2013 - 2014. Si considerano tre periodi distinti:

- dal 1 gennaio al 30 giugno 2013;
- dal 1 luglio al 30 settembre 2013;
- dal 1 ottobre 2013 al 30 giugno 2014 e comunque non oltre l'approvazione da parte della Regione dei "contratti di esercizio" e la loro sottoscrizione, secondo quanto previsto per le diverse forme associative, nell'ambito del Piano di sviluppo delle Cure Primarie.

A partire dal 2006 fra le tre Aziende Ulss della provincia di Verona e i medici di medicina generale sono stati realizzati Patti di Area Vasta che hanno consolidato rapporti collaborativi e duraturi fra medicina generale e realtà aziendali. L'attribuzione di obiettivi comuni su scala di area vasta ha inoltre posto l'attenzione sull'importanza dell'equità di cura del cittadino al quale viene garantito, ovunque esso risieda, che in ambito provinciale l'assistenza primaria opera in maniera comune ed integrata per il raggiungimento dei medesimi obiettivi di salute.

In conseguenza a quanto sopra, la scelta strategica delle Direzioni Generali delle Aziende Ulss della Provincia di Verona è ancora quella di dare un'estensione provinciale dell'accordo ed allo stesso tempo assicurare che questo si traduca in un monitoraggio interaziendale costante, omogeneo e continuativo, per far ottenere all'iniziativa il maggior risultato possibile e per far superare eventuali differenze nell'applicazione concreta dei progetti proposti e condivisi.

Il presente Patto recepisce la DGR 1575 del 26.5.2009 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009", la DGR 3578 del 24.11.2009 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009 - Appropriatezza" e le previsioni di cui ai rispettivi Piani Attuativi Locali per le Cure Primarie adottati da ciascuna Azienda. La proroga del Patto 2010 - 2012 per gli anni 2013 - 2014 è concordata al fine di evitare discontinuità nel percorso di miglioramento delle cure primarie e in attesa di rendere operativi i "contratti di esercizio" approvati dalla Regione Veneto. Il Patto costituisce il punto di partenza per un accordo fra i vari professionisti che assicurano l'assistenza primaria: medici di medicina generale e di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, nell'ottica di realizzare sempre più la gestione integrata dei pazienti e la continuità dell'assistenza. Il Patto di Area Vasta, inoltre, si pone come strumento di dialogo con gli ospedali per lo sviluppo di obiettivi e piani di assistenza condivisi.

2. ADESIONE AL PATTO AZIENDALE

Si ritiene che l'adesione ai principi ed ai contenuti del Patto Aziendale non costituisca un mero atto burocratico ma la conferma, da parte del MMG, di una precisa volontà di collaborazione con l'Azienda di riferimento e con gli altri MMG, entrambe orientate su precisi obiettivi di salute della collettività e di costante miglioramento quali-quantitativo dell'offerta assistenziale delle cure primarie.

Il precedente Patto di area vasta ha introdotto comportamenti virtuosi che il presente Patto intende consolidare e ulteriormente sviluppare anche per gli anni 2013 - 2014.

In particolare, tra i compiti che il MMG è tenuto ad assolvere si ricordano:

1. partecipare alle UVMD di qualsiasi tipo (malati fragili, oncologici, disabili, ecc.) sia richieste dallo stesso MMG che dai soggetti aventi diritto;
2. compilare la scheda S. VA. M. A. - parte sanitaria - ed ogni altro documento previsto dalla modulistica aziendale ogni volta che viene richiesto dalle procedure assistenziali; le Aziende si impegnano ad uniformare a livello provinciale in tempi brevi tutta la modulistica necessaria all'attivazione delle diverse forme di assistenza (ADIMED, AP, Infermieristica,

Viso Fabio Ferraro Sr. M. G. L.

[Signature]

Specialistica, Protesica, ecc.). Tutta la modulistica dovrà essere resa disponibile anche via intranet;

3. partecipare attivamente alla presa in carico del paziente in dimissione protetta nei modi previsti dall'organizzazione di ciascuna Azienda;
4. utilizzare sistematicamente la cartella clinica domiciliare integrata medico infermieristica;
5. diffondere la Carta dei servizi ai cittadini che il NMP si incaricherà di costruire su un modello comune e di cui darà mandato ad un gruppo di lavoro monotematico;
6. eseguire puntuali e tempestive segnalazioni delle reazioni avverse ai farmaci ed ai vaccini;
7. partecipare alla formazione obbligatoria regionale;
8. promuovere il counseling rispetto alle campagne di vaccinazione proposte dalla Regione.

Quanto previsto nei punti 1 - 8 rappresenta una panoramica sulle attività minimali ed imprescindibili per l'attività di ogni MMG e costituisce condizione indispensabile per la stipula del contratto individuale di adesione al Patto Aziendale.

L'adesione comporta l'attribuzione di una quota di **€ 3,08 ad assistibile**.

Tale quota non verrà erogata al medico che non sottoscrive il Patto Aziendale ed il relativo contratto e nemmeno al medico che pur aderendo al Patto non rispetta uno dei punti precedentemente elencati, ai sensi dell'art.59 lett.B, comma 15 del vigente ACN.

3. GLI OBIETTIVI DEL PATTO TRIENNALE

Il presente Patto fa proprie le indicazioni della Regione di convergere verso un sistema uniforme di obiettivi comuni su tutto il territorio Veneto.

In quest'ottica va ad attuare le priorità regionali (paziente fragile e anziano over 75 anni, cronicità da diabete mellito e da ipertensione arteriosa, paziente oncologico terminale, prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare), valorizza ulteriormente il progetto ARPA, dedica l'intera Quota B) alla formazione delle competenze per dare applicazione e condividere i PDTA, implementa lo sviluppo del sistema informativo di audit e di monitoraggio necessario ad operare e documentare i suddetti risultati di processo.

Il Patto 2010 - 2012, recependo in particolare le indicazioni della DGR 1575/09, prevede una quota D generata da processi di appropriatezza generata dalla Medicina Convenzionata con l'indicazione di riallocare le risorse in beni, servizi e progetti salute per le Cure Primarie.

Obiettivi di priorità regionale

- **il paziente fragile e anziano sopra i 75 anni**, attraverso un'apposita valutazione aggiornata della fragilità, la condivisione della sua conoscenza con CA/H/PS, l'utilizzo della scheda SVAMA informatizzata
- **lo sviluppo professionale** tramite la formazione continua nei Team
- **il progetto ARPA**
- **il paziente oncologico e non in fase terminale**
- **il paziente diabetico**

Obiettivi di priorità aziendale

- Il potenziamento della **prevenzione** realizzata tramite **screening** collettivi e la promozione di **stili di vita virtuosi**.
- L'integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici fra MMG e specialisti ambulatoriali. Dare attuazione a quanto previsto dall'art. 50 D.L. n° 269/2003 e dalla DGRV 600/07 e successive modifiche ed integrazioni, relativamente agli aspetti di presa in carico da parte degli specialisti. Nella compilazione dell'impegnativa per la richiesta di una prestazione specialistica, da parte del medico prescrittore, è necessario riportare il sospetto diagnostico e/o un'attinente motivazione. E' necessario inoltre, per la prima visita e per gli accertamenti strumentali, specificare il grado di priorità di accesso e fornire tutte le informazioni utili allo specialista per l'inquadramento della situazione clinica del paziente. A questo impegno deve

Umberto
Paolo Ferroni - Spri
M. D.

- corrispondere una corretta applicazione della cosiddetta presa in carico anche da parte dello specialista il quale, se ritiene necessario, per rispondere al quesito diagnostico formulato, effettuare ulteriori accertamenti, procede alla diretta prescrizione su ricettario regionale delle indagini individuate. L'Azienda si impegna ad attivare le azioni necessarie per il coinvolgimento degli specialisti nella corretta presa in carico degli assistiti.
- Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche con particolare riguardo alla branca di radiologia per le indagini ad alta complessità ed alto costo.

4. GLI ORGANISMI DEL PATTO

Gli organismi previsti per l'attuazione, il monitoraggio e il controllo del Patto sono: il NMP - Nucleo di Monitoraggio Provinciale, i Team e i gruppi di lavoro monotematici.

4.1. Il NMP - Nucleo di Monitoraggio Provinciale, formato da Aziende ULSS 20 e ULSS 21

Il NMP, presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda o da un suo delegato, è composto da 6 membri di nomina Aziendale e da 6 membri designati dalle OO.SS firmatarie del Patto, 2 per ognuno dei 3 sindacati firmatari; in caso di voto si terrà conto della normativa nazionale vigente..

Al NMP compete:

1. il monitoraggio generale ed il governo del Patto
 2. allineare i comportamenti e le regole su area vasta
 3. istituire dei "Gruppi di lavoro" monotematici che si occuperanno di analizzare e sviluppare gli obiettivi contenuti nel Patto.
- Eventuali progetti aziendali verranno discussi dai rispettivi membri sia di parte pubblica che delle OO.SS. delle corrispettive aziende interessate.

4.2. I Team

I MMG si costituiscono in Team (15/20 MMG compresa la CA) appartenenti anche a modelli organizzativi diversi, operanti in uno stesso bacino omogeneo di utenza.

Il Team è l'organismo deputato a svolgere l'azione formativa di supporto allo sviluppo del Patto e ad ogni altra eventuale iniziativa concordata.

Ogni Team elegge un coordinatore, Coordinatore di Team (CT) per la durata del Patto. Viene quindi nominato dal NMP un MMG con compiti di coordinamento dei capi team per assicurare, in collaborazione con i referenti aziendali, un'omogenea applicazione delle azioni previste dal Patto a livello provinciale.

4.3. I Gruppi di lavoro monotematici

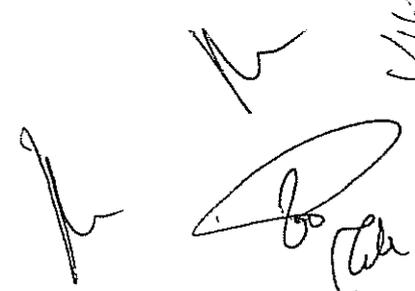
Il NMP attiva gruppi di lavoro monotematici con il compito di predisporre, nei limiti di tempo indicati dal NMP, progetti ad hoc. I gruppi di lavoro dovranno definire gli obiettivi e gli indicatori dei progetti elaborati ed indicare i modi della formazione anche con metodiche di audit nei team.

Il NMP nomina un gruppo monotematico definito "data group" con il compito di analisi, studio, interscambio di dati anonimizzati ricavati dai flussi che afferiscono all'ASL, ai MMG e alle loro organizzazioni, in funzione dello sviluppo dei diversi obiettivi di Patto.

Il "data group" ha le caratteristiche di un **gruppo monotematico permanente** e valevole per tutta la durata del Patto.

La partecipazione dei MMG ai gruppi di lavoro verrà remunerata secondo quanto previsto dall'Accordo Regionale in vigore.

*Uscito
Facob yelowi SM
M. C. C. C.*



5. QUOTA "A": IL PAZIENTE ANZIANO (€ 1.55 ASSISTIBILE/ANNO) e L'ANZIANO DIABETICO (€ 1.55 ASSISTIBILE/ANNO)

5.1. Contenuti ed obiettivi del Patto 2010 - 2012 e proroga 2013

La fragilità del paziente anziano va gestita con un continuo monitoraggio e programmazione. In tale ottica nel triennio 2010 - 2012 è stata estesa la copertura del "data set" al paziente anziano fragile ultra 75enne, già intrapresa nell'anno 2009.

Il medico si impegna ad integrare ed aggiornare i campi di compilazione trasmettendoli all'Azienda in modalità informatica secondo tempi e modalità da concordare nel NMP.

Inoltre, in considerazione del fatto che il paziente anziano assorbe una rilevante parte delle risorse del SSN, si è ritenuto opportuno estendere la rilevazione con un data set specifico anche per il paziente diabetico ultra 75enne.

La complessità patogenetica e clinica del diabete richiedono una gestione integrata da parte del MMG e del team diabetologico, utilizzando percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali condivisi definiti in base al fenotipo del paziente.

Il MMG si impegna nelle seguenti azioni:

- stratificazione dei pazienti con diabete in categorie di differente complessità (fenotipi), in cui è variabile il contributo prevalente alla cura da parte del MMG, e la trasmissione all'ASL su supporto informatico (vedi Allegato 1),

Allegato 1: Casi di diabete per MMG

C F medico	16 caratteri
N. diabetici di tipo 1	numero
N. diabetici di tipo 2 insulino trattati	numero
N. diabetici di tipo 2 non insulino trattati con complicanze medio-gravi	numero
N. diabetici di tipo 2 non insulino trattati senza complicanze e compensati	numero
N. diabetici di nuova diagnosi (già inclusi nelle categorie precedenti)	numero

- produzione e trasmissione all'ASL su supporto informatico di un dataset per singolo paziente diabetico > 75 anni per i diabetici non-insulino trattati (vedi Allegato 2), al fine di contribuire a creare un registro di patologia, definendo anche il profilo di rischio cardiovascolare globale

Allegato 2: Dataset clinico-epidemiologico sul diabete

C F medico	16 caratteri
Data rilevazione	Data estrazione file: gg/mm/aaaa
C F assistito	16 caratteri
Data diagnosi diabete	gg/mm/aaaa
Fumo	1 = no mai 2 = no solo in passato 3 = si
Peso	Kg
Altezza	Cm
Ricorso a terapia farmacologica	SI/no
N. Hb glicate misurate negli ultimi 15 mesi	Numero
Ultimo valore Hb glicata misurato negli ultimi 15 mesi	% (con un decimale)
Ultimo valore PAS misurato negli ultimi 6 mesi	Numero
Ultimo valore PAD misurato negli ultimi 6 mesi	Numero
Ultimo valore LDL misurato negli ultimi 15 mesi	numero (mg/dl)
Ultimo valore HDL misurato negli ultimi 15 mesi	numero (mg/dl)

Unità "Pazienti Anziani" SRI
 Paolo Ferraro
 C. Ferraro
 C. Ferraro

Ultimo valore TG misurato negli ultimi 15 mesi	numero (mg/dl)
Ultimo valore creatininemia misurato negli ultimi 15 mesi	numero (con due decimali, mg/dl)
Ultimo valore microalbuminuria misurato negli ultimi 15 mesi	numero (con un decimale, mg/dl)
N. esame fundus oculi eseguito negli ultimi 24 mesi	Numero
N. ECG eseguito negli ultimi 24 mesi	Numero
N. ispezioni piede negli ultimi 24 mesi	Numero
Pregressa angina pectoris	Si/no
Pregresso infarto del miocardio	Si/no
Pregresso bypass	Si/no
Pregressa angioplastica	Si/no
Pregresso TIA	Si/no
Pregresso ictus	Si/no

Step proposti:

- **2010** – aggiornamento data set 2009, estensione all'80% dei pazienti ultra 75enni e aggiornamento/informatizzazione Scheda SVAMA del SID ADI, (valutazione sanitaria) per apertura o rinnovo dei programmi di assistenza domiciliare più complessi (ADI D, ADI ONCOLOGICA) secondo il programma regionale. Copertura del data set paziente diabetico ultra 75 al 80% entro la fine del 2010 con i dati disponibili al 31.12.2010. La quota di schede incomplete non può superare il 20% per il 2010; da rivalutare per il 2011 e per il 2012 in sede di Nucleo di monitoraggio provinciale, sulla base delle segnalazioni dei rispettivi team.
- **2011** – aggiornamento data set, estensione al 90% dei pazienti ultra 75enni condivisione dello strumento SVAMA SID ADI informatizzata tra i vari attori dei servizi. Copertura del data set paziente diabetico ultra 75 al 90%.
- **2012** - aggiornamento data set, estensione superiore al 95 % dei pazienti ultra 75enni ed utilizzo sistematico della Scheda SVAMA del SID ADI (valutazione sanitaria) in rete. Copertura del data set paziente diabetico ultra 75 superiore al 95%.
- **2013** – proroga al 31 dicembre della rilevazione sui pazienti fragili e diabetici ultra 75enni, assistibili al 31.12.2013, esclusi gli assistiti residenti nelle case di riposo, con trasmissione del flusso entro fine marzo 2014.

La trasmissione dei dati deve avvenire nel rispetto delle norme in atto laddove si precisa che devono essere previste le finalità della raccolta dati – sia i generali che sul diabete - e il responsabile aziendale dei dati sensibili.

5.2 Contenuti ed obiettivi del Patto dal 01/01/2014 al 30/06/2014

Estensione della rilevazione ad almeno il 40% degli ultra 65 enni sia per i pazienti anziani che per i diabetici non insulino dipendenti, con le stesse modalità e strumenti in essere con rilevazione al 30.06.2014 e trasmissione del flusso entro la fine di ottobre 2014.

Si concorda che l'obiettivo fissato per la fine di giugno è una tappa intermedia per raggiungere l'80% degli over 65 con la successiva rilevazione.

Per la ULSS 21, ad integrazione del presente patto, si prevede che il progetto aziendale sulla presa in carico del paziente diabetico (ex quota C 2012) verrà inserito nella quota A previa condivisione con le organizzazioni sindacali.

Visto Paolo Peroni ST/1 (M.C.)

6. QUOTA "B": LO SVILUPPO PROFESSIONALE: LA FORMAZIONE (€1,35 /ASSISTIBILE/ANNO)

6.1 Contenuti ed obiettivi del Patto 2010-2012 e proroga 2013-2014

La formazione concordata e condivisa tra Medicina Convenzionata ed Azienda è divenuta strumento fondamentale per dare efficace attuazione agli obiettivi contenuti nei Patti. L'adozione del nuovo sistema di incentivazione del Patto 2009 ha cercato di consolidare tale sistema sottolineandone l'importanza con l'equiparazione delle quote, prima erogate sul numero degli assistiti.

Si riconosce in particolare il valore strategico della formazione e la valorizzazione della modalità di approccio sviluppata all'interno dei team, sia perché svolta tra colleghi che quotidianamente condividono problematiche comuni (audit clinico) sia perché inserita in un disegno globale che permette di percorrere un cammino di sviluppo integrandosi con gli obiettivi aziendali e regionali.

Si prevedono pertanto 6 incontri annuali, dei quali almeno tre su tematiche concordate attinenti gli obiettivi del Patto o i progetti in esso contenuti, che il NMP si riserverà di individuare entro febbraio dell'anno considerato; gli altri incontri saranno concordati a livello di ciascuna azienda.

Nelle riunioni sarà obbligatoria la firma di presenza con data e luogo dell'incontro e la stesura di un sintetico verbale.

Indicatore: partecipazione a 4 dei 5 incontri organizzati più a quello in plenaria per il 2010, 5 dei 6 per 2011, 2012 e 2013 e almeno 3 incontri per il primo semestre 2014.

Incentivo: La quota incentivante sarà uguale per tutti i medici del Team. Essa verrà calcolata moltiplicando 1,25 € per la media annuale degli assistibili dei medici sottoscrittori del Patto e divisa in parti uguali tra i medici aderenti al Patto.

6.1.1. Formazione Coordinatori di Team (CT)

I Coordinatori di Team (CT) si assumono un impegno supplementare ma essenziale per il buon esito del Patto stesso. Per questo scopo dovranno partecipare ad incontri aggiuntivi con gli altri CT delle Aziende ULSS per approfondire metodi e obiettivi da trasferire nel proprio Team con ruolo di opinion leader. Tali argomenti saranno approfonditi tramite incontri organizzati ad hoc dal NMP tra CT, medici di distretto e medici ospedalieri.

Indicatore: partecipazione a tutti gli incontri organizzati. In caso di assoluto impedimento del CT è obbligatoria delega ad altro componente senza oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

Incentivo: viene riconosciuta una frazione aggiuntiva di 0,10 € della quota, calcolata sulla media annuale degli assistibili dei medici sottoscrittori del Patto e divisa in parti uguali fra i coordinatori di team ed il MMG con compiti di coordinamento dei capi team previsto al punto 4.2.

7. QUOTA C

7.1 Obiettivi in vigore dal 01/01/2013 al 30/09/2013

PROGETTO ARPA - anno 2012

Il progetto ARPA può essere suddiviso in 2 tipi di azioni:

- privilegiare i farmaci a brevetto scaduto all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti (sartani, statine, SSRI, farmaci per l'osteoporosi);
- aumentare l'appropriatezza prescrittiva, secondo le evidenze disponibili in letteratura, nelle patologie cardiovascolari (sartani, aliskiren, prima linea e continuità delle statine) e respiratorie (associazioni a dosi fisse ICS/LABA).

MACROAREA "FARMACI A BREVETTO SCADUTO"

Iperensione arteriosa (ATC=C02A, C02C, C03, C07, C08C, C09)

- **Quota di trattati con sartani a brevetto scaduto, da soli o associati, uguale o superiore al 70% sul totale dei trattati con sartani da soli o associati**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di sartani a brevetto scaduto,
- o meno di 3 confezioni/anno di sartani a brevetto scaduto che sono o tutte le prescrizioni di sartani ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo sul totale dei trattati con sartani.

Dislipidemie (ATC=C10AA, C10BA)

- **Quota di trattati con statine a brevetto scaduto uguale o superiore al 90% sul totale dei trattati con statine**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di statine a brevetto scaduto,
- o meno di 3 confezioni/anno di statine a brevetto scaduto che sono o tutte le prescrizioni di statine ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo sul totale dei trattati con statine.

Osteoporosi (ATC=M05BA04, M05BA06, M05BA07, M05BB03, M05BX03, G03XC01, G03XC02)

- **Quota di trattati con acido alendronico (da solo o in associazione a vitamina D), acido risedronico e acido ibandronico uguale o superiore all'85% sul totale dei trattati con farmaci della nota 79 (esclusi teriparatide e ormone paratiroideo)**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di acido alendronico (da solo o in associazione a vit D) o acido risedronico,
- o meno di 3 confezioni/anno di acido alendronico (da solo o in associazione a vit D) o acido risedronico che sono o tutte le prescrizioni di farmaci della nota 79 ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo sul totale dei trattati con farmaci della nota 79.

Depressione (ATC=N06AB)

- **Quota di nuovi trattati con SSRI a brevetto scaduto uguale o superiore al 90% sul totale dei nuovi trattati con SSRI**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di SSRI a brevetto scaduto nell'anno senza avere prescrizioni di SSRI nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con SSRI.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

MACROAREA "APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA"

Iperensione arteriosa (ATC=C02A, C02C, C03, C07, C08C, C09)

- **Quota di nuovi trattati con antipertensivi diversi dai sartani uguale o superiore al 94% sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di antipertensivi diversi dai sartani nell'anno senza avere prescrizioni di antipertensivi nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

- **Quota di nuovi trattati con aliskiren uguale allo 0% sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 1 confezione di aliskiren nell'anno senza avere prescrizioni di antipertensivi nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi. Per non essere considerato nuovo trattato, un assistito deve

Visto Fabio Fenoni 27/1/2016

[Handwritten signatures]

aver avuto nei 12 mesi antecedenti alla prima prescrizione di aliskiren prescrizioni di almeno 3 confezioni di altri antipertensivi.
Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Dislipidemie (ATC=C10AA, C10BA)

- **Quota di trattati in terapia continuativa con statine uguale o superiore al 75% del totale dei trattati con statine**

Assistiti dell'Azienda ULSS già in trattamento con statine nell'anno precedente a cui nell'anno in corso sono prescritti almeno 6 mesi di terapia (misurata in DDD) e per i quali la distanza massima tra la prima e l'ultima prescrizione copre almeno 6 mesi, sul totale dei trattati con statine.

- **Quota di nuovi trattati con statine a brevetto scaduto uguale o superiore al 90% sul totale dei nuovi trattati con statine**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di statine a brevetto scaduto nell'anno senza avere prescrizioni di statine nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con statine.

Per questo indicatore, per i pazienti che al medico risultano già trattati, è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Si propone inoltre di raccogliere le prescrizioni indotte dagli Specialisti sui nuovi trattati per una successiva analisi da condividere con gli stessi.

Asma/BPCO (ATC=R03 eccetto R03AC, R03BA03 e le specialità Clenil A® (minsan=023103132), Becotide® (minsan=023378060), Prontinal® (minsan=032798023) perché utilizzate soprattutto nelle riniti. Vengono invece considerati tra i farmaci per i disturbi respiratori, pur appartenendo all'ATC R03BA03, le specialità Nisolid® (minsan=025227024) e Pulmist® (minsan=033339021))

- **Quota di nuovi trattati con farmaci per i disturbi respiratori diversi dalle associazioni ICS/LABA a dosi fisse uguale o superiore al 65% sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi respiratori**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di farmaci per i disturbi respiratori diversi dalle associazioni ICS/LABA a dosi fisse nell'anno senza avere prescrizioni di farmaci per i disturbi respiratori nei 12 mesi antecedenti sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi respiratori.

Per questo indicatore, per i pazienti che al medico risultano già trattati, è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Corresponsione incentivi

La quota di incentivo da corrispondere è calcolata come riportato di seguito:

- raggiungimento di tutti gli obiettivi o scostamento ≤ 2 : 100% incentivo
- scostamento > 2 e ≤ 4 : 70% incentivo
- scostamento > 4 e ≤ 6 : 40% incentivo
- scostamento > 6 : 0% incentivo

L'incentivo del Progetto ARPA ammonta a € 2,55/assistibile da corrispondere al raggiungimento degli obiettivi nella seguente misura:

- 80% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del singolo medico;
- 20% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del gruppo.

L'incentivo sarà calcolato considerando la media degli assistibili in carico dall'1.1.2013 al 30.9.2013.

7.2 - Obiettivi in vigore dal 01/01/2013 al 30/06/2013

PROGETTO PER LA PERSONALIZZAZIONE DELLA PRESCRIZIONE DELLE STRISCE PER L'AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA - anno 2012

Le tre Aziende ULSS 20, 21 e 22 con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona che convergono nell'Area Vasta Provinciale, hanno elaborato tale progetto coordinato dalle rispettive Direzioni Aziendali con la collaborazione fattiva dei Servizi di Diabetologia, dei Medici di Medicina Generale e delle Associazioni di volontariato dei pazienti diabetici.

Secondo gli "Standard italiani per la cura del diabete mellito", l'automonitoraggio quotidiano della glicemia (almeno 3-4 controlli/die) è indispensabile per la persona con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva e l'automonitoraggio glicemico continuativo, con frequenze e modalità diverse, è utile per la persona con diabete tipo 2 insulino trattato¹. Le principali società scientifiche internazionali concordano nell'affermare l'importanza dell'automonitoraggio effettuato almeno 2-3 volte ogni giorno nelle persone insulino trattate con iniezioni multiple²⁻⁴.

Le stesse linee guida affermano che non sono disponibili chiare evidenze di efficacia sull'autocontrollo glicemico nei pazienti non insulino trattati e ne limitano l'utilizzo in situazioni particolari, come in occasione di una variazione nella terapia antidiabetica orale, in soggetti a rischio di ipoglicemia, durante una malattia acuta o in soggetti con scarso controllo glicemico ($HbA1c > 8\%$)²⁻⁴. Ciò è confermato da evidenze recenti che dimostrano come l'automonitoraggio della glicemia nelle persone con diabete tipo 2 non insulino trattate può produrre una riduzione significativa dei livelli di HbA1c, ma il risultato è clinicamente modesto e non ne giustifica l'uso di routine nella normale pratica clinica⁵. Anche secondo gli "Standard italiani per la cura del diabete mellito", l'automonitoraggio nel diabete tipo 2 è tuttora controverso per la mancanza di sicuri effetti positivi su endpoint clinici (morbilità correlata al diabete e mortalità)¹.

La Regione Veneto ha stabilito che nei pazienti non insulino trattati sono concedibili a carico del SSN fino ad un massimo di 200 strisce reattive per la misurazione della glicemia per anno (50 o 25 per 3 mesi, in base alla situazione clinica del paziente), mentre per il paziente insulino trattato non esistono limiti alla prescrizione⁶.

Dai dati di prescrizione della provincia di Verona relativi all'anno 2011 risulta che al 14% dei pazienti insulino trattati non viene dispensata alcuna striscia per l'automonitoraggio della glicemia e che, tra coloro che ne ricevono, al 4,5% vengono dispensate più di 2.000 strisce all'anno (che corrispondono a più di 5-6 misurazioni die), con punte di 5.700 strisce per paziente. In aggiunta, tra gli insulino trattati, il 22,2% assume esclusivamente insulina ultralenta. Nelle persone non insulino trattate invece, il 22,5% non riceve alcuna striscia, mentre tra coloro che le ricevono, all'8,6% ne vengono dispensate più delle 200 previste, con punte di 1.800 strisce per paziente. Infine, a 2.275 persone vengono dispensate strisce per l'automonitoraggio della glicemia senza avere nessuna prescrizione di farmaci antidiabetici. Il 10,5% di questi riceve più di 200 strisce all'anno, con punte di 3.050 strisce per paziente.

Allo scopo di migliorare l'appropriatezza d'uso delle strisce per l'autocontrollo della glicemia, personalizzando la prescrizione sulla base del quadro clinico individuale e considerando che circa il 10% dei diabetici non assumono farmaci e che, tra i trattati con ipoglicemizzanti orali, circa il 40% assume farmaci che non inducono ipoglicemia (metformina, metformina/pioglitazone, acarbiosio, pioglitazone, sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, metformina/sitagliptin, metformina/vildagliptin, exenatide, liraglutide), si definiscono i seguenti obiettivi per team diabetologici e MMG:

- quota di **diabetici non trattati farmacologicamente o trattati con ipoglicemizzanti orali che non inducono ipoglicemia** con prescrizione di max 100 strisce/anno uguale o superiore all'80% sul totale di diabetici non trattati farmacologicamente o trattati con ipoglicemizzanti orali che non inducono ipoglicemia

Ms. Paolo Ferreri 571
[Signature]
[Signature]

- quota di **diabetici trattati con ipoglicemizzanti orali che inducono ipoglicemia** con prescrizione di max 200 strisce/anno pari al 100% sul totale di diabetici trattati con ipoglicemizzanti orali che inducono ipoglicemia
- quota di **diabetici trattati esclusivamente con insulina ultralenta** con prescrizione di max 400 strisce/anno pari al 100% sul totale di diabetici trattati esclusivamente con insulina ultralenta
- quota di **diabetici insulino trattati** con prescrizione di max 2.500 strisce/anno uguale o superiore all'80% sul totale di diabetici insulino trattati

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi sopra riportati dovuto a condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti oppure sulla base di diverse indicazioni del piano di cura emesso dal Servizio Diabetologico è prevista una scheda di motivazione ad hoc.

Sono esclusi da tali obiettivi i diabetici di nuova diagnosi, per cui il fabbisogno di strisce per il primo anno di malattia può essere superiore ai limiti fissati, e il diabete gestazionale.

In aggiunta, come ben ribadito nel Progetto Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito della Regione Veneto, è essenziale che in occasione di ogni controllo, team diabetologici e MMG provvedano ad una valutazione del diario glicemico prima di procedere al rinnovo della prescrizione delle strisce per l'automonitoraggio della glicemia⁷.

Riferimenti

1. Associazione Medici Diabetologi - Società Italiana di Diabetologia 2009-2010. www.siditalia.it/images/Documenti/2010_linee_guida.pdf (accesso del 25.06.2012).
2. American Association of Clinical Endocrinologists. www.aace.com/files/dm-guidelines-ccp.pdf (accesso del 25.06.2012).
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/index.html (accesso del 25.06.2012).
4. American Diabetes Association. Diabetes Care 2012; 35 (Suppl. 1): S11-S63.
5. Farmer AJ et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. BMJ 2012; 344: e486 doi: 10.1136/bmj.e486
6. Libro Bianco terza edizione. Raccolta della normative vigente in materia di prescrizione farmaceutica, specialistica ed integrativa. Unità di Informazione sul Farmaco. Coordinamento sul Farmaco Regione Veneto. <http://uif.ulss20.verona.it> (accesso del 25.06.2012).
7. DGR n. 3485 del 17 novembre 2009 "Approvazione Progetto Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito in BUR n. 102 del 15/12/2009

Corresponsione incentivi

L'incentivo del progetto strisce ammonta a € 0,40/assistibile da corrispondere al raggiungimento dei quattro sottogruppi valutati € 0,10 ciascuno e suddiviso nella seguente misura:

- 80% dell'incentivo al raggiungimento di ciascun obiettivo da parte del singolo medico;
- 20% dell'incentivo al raggiungimento di ciascun obiettivo da parte del gruppo.

L'incentivo sarà calcolato considerando la media degli assistibili in carico dall'1.1.2013 al 30.6.2013.

AP

Fazio Zanon SMI

V. S. S.

12

7.3- Obiettivi in vigore dal 01/10/2013 al 31/12/2013

PROGETTO ARPA - anno 2013

Ipertensione arteriosa (ATC=C09)

- **Quota di assistiti in trattamento con ACE inibitori, da soli o associati, sul totale degli assistiti in trattamento con farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina $\geq 72\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di ACE inibitori,
- o meno di 3 confezioni/anno di ACE inibitori che sono o tutte le prescrizioni di farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo

sul totale dei trattati con farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina.

Dislipidemie

- **Quota di assistiti in trattamento continuativo con statine (ATC=C10AA, C10BA) sul totale degli assistiti in trattamento con statine $\geq 75\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS già in trattamento con statine nell'anno precedente a cui nell'anno in corso sono prescritti almeno 6 mesi di terapia (misurata in DDD) e per i quali la distanza massima tra la prima e l'ultima prescrizione copre almeno 6 mesi, sul totale dei trattati con statine.

- **Quota di assistiti in trattamento con atorvastatina sul totale degli assistiti in trattamento con atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina ezetimibe $\geq 65\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di atorvastatina,
- o meno di 3 confezioni/anno di atorvastatina che sono o tutte le prescrizioni di atorvastatina, rosuvastatina o simvastatina ezetimibe ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo

sul totale dei trattati con atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina ezetimibe.

Depressione (ATC=N06AB)

- **Quota di nuovi trattati con SSRI a brevetto scaduto sul totale dei nuovi trattati con SSRI $\geq 90\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di SSRI a brevetto scaduto nell'anno senza avere prescrizioni di SSRI nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con SSRI.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Protezione gastrointestinale (ATC=A02BC)

- **Quota di assistiti pesati in trattamento con PPI sul totale degli assistibili pesati $\leq 13\%$**

Assistiti pesati dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante un numero maggiore di 2 confezioni di PPI nell'anno sul totale degli assistibili pesati.

- **Quota di nuovi assistiti in trattamento con PPI a basso costo (rabeprazolo, omeprazolo) sul totale dei nuovi assistiti in trattamento con PPI $\geq 90\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di PPI a basso costo nell'anno senza avere prescrizioni di PPI nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con PPI.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

In considerazione delle modifiche apportate agli obiettivi del progetto ARPA nel corso del 2013 - finalizzate all'implementazione delle "Linee di indirizzo per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci nelle aziende ULSS della Regione Veneto" di cui alla nota della Segreteria per la Sanità n. 212824

Handwritten notes and signatures:
M.L.L.
Visto Feb - Fenovi SM
[Signature]

Handwritten signature:
[Signature]

di prot. del 20.5.2013 - i MMG si impegnano nei primi tre mesi di entrata in vigore delle suddette modifiche a dare adeguata e sollecita informazione ai singoli pazienti interessati relativamente all'uso appropriato dei farmaci, al rispetto delle note AIFA e al ruolo dei medicinali equivalenti. Tali azioni costituiscono strumento irrinunciabile per liberare risorse da destinare ai nuovi farmaci innovativi.

Il maggior impegno richiesto ai medici nel trimestre di riferimento è connesso alla necessità di raggiungere quanto prima tali obiettivi, data la loro rilevanza ai fini del rispetto dei vincoli di bilancio imposti a livello nazionale e regionale.

Note

Metodo di pesatura degli assistiti in trattamento con inibitori della pompa acida (ATC=A02BC) in carico alla MG

La variabilità dei consumi dei PPI è per buona parte attribuibile oltre che alle differenti attitudini prescrittive dei medici anche alle caratteristiche delle popolazioni a confronto, in primo luogo età e concomitante terapia antiaggregante con ASA o terapia cronica con FANS.

Per eliminare le differenze determinate da questi fattori, nel confronto fra MMG è stato utilizzato il sistema di "pesi".

I pesi sono stati calcolati sulla base dei trattati con PPI dell'Azienda ULSS 20 per le 7 fasce di età. Per ciascuna fascia di età è stata calcolata la quota di pazienti in terapia con PPI e che non assumono FANS/ASA sul totale dei trattati con PPI ed è stato assegnato alla fascia 5-14 anni il valore 1 (**Tabella 1**).

Il procedimento per il calcolo degli assistiti in trattamento con PPI è il seguente:

- gli assistiti in trattamento con PPI di ciascun MMG sono stati raggruppati in classi di età;
- il numero di individui di ciascuna classe è stato moltiplicato per il peso corrispondente
- la somma dei valori così ottenuti è stata proporzionalmente riportata alla popolazione aziendale in trattamento con PPI.

Tabella 1. Pesi per fascia di età

Fascia di età	< 1 anno	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	> 74
peso	-	-	1,000	0,929	0,778	0,599	0,512

Corresponsione incentivi

La quota di incentivo da corrispondere è calcolata come riportato di seguito:

- raggiungimento di tutti gli obiettivi o scostamento ≤ 4 : 100% incentivo
- scostamento > 4 e ≤ 6 : 50% incentivo
- scostamento > 6 : 0% incentivo

L'incentivo del Progetto ARPA ammonta a € 1,25/assistibile da corrispondere al raggiungimento degli obiettivi nella seguente misura:

- 80% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del singolo medico;
- 20% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del gruppo.

L'incentivo sarà calcolato considerando la media degli assistibili in carico dall'1.10.2013 al 31.12.2013.

7.4- Obiettivi in vigore dal 01/01/2014 al 30/06/2014

PROGETTO ARPA - anno 2013

Ipertensione arteriosa (ATC=C09)

- **Quota di assistiti in trattamento con ACE inibitori, da soli o associati, sul totale degli assistiti in trattamento con farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina $\geq 72\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di ACE inibitori,
- o meno di 3 confezioni/anno di ACE inibitori che sono o tutte le prescrizioni di farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo

sul totale dei trattati con farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina.

Dislipidemie

- **Quota di assistiti in trattamento continuativo con statine (ATC=C10AA, C10BA) sul totale degli assistiti in trattamento con statine $\geq 75\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS già in trattamento con statine nell'anno precedente a cui nell'anno in corso sono prescritti almeno 6 mesi di terapia (misurata in DDD) e per i quali la distanza massima tra la prima e l'ultima prescrizione copre almeno 6 mesi, sul totale dei trattati con statine.

- **Quota di assistiti in trattamento con atorvastatina sul totale degli assistiti in trattamento con atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina ezetimibe $\geq 65\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante:

- o almeno 3 confezioni/anno di atorvastatina,
- o meno di 3 confezioni/anno di atorvastatina che sono o tutte le prescrizioni di atorvastatina, rosuvastatina o simvastatina ezetimibe ricevute dall'assistito nell'anno o le ultime in ordine di tempo

sul totale dei trattati con atorvastatina, rosuvastatina e simvastatina ezetimibe.

Depressione (ATC=N06AB)

- **Quota di nuovi trattati con SSRI a brevetto scaduto sul totale dei nuovi trattati con SSRI $\geq 90\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di SSRI a brevetto scaduto nell'anno senza avere prescrizioni di SSRI nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con SSRI.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Protezione gastrointestinale (ATC=A02BC)

- **Quota di assistiti pesati in trattamento con PPI sul totale degli assistibili pesati $\leq 13\%$**

Assistiti pesati dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante un numero maggiore di 2 confezioni di PPI nell'anno sul totale degli assistibili pesati.

- **Quota di nuovi assistiti in trattamento con PPI a basso costo (rabeprazolo, omeprazolo) sul totale dei nuovi assistiti in trattamento con PPI $\geq 90\%$**

Assistiti dell'Azienda ULSS che hanno dal proprio medico curante almeno 3 confezioni di PPI a basso costo nell'anno senza avere prescrizioni di PPI nei 12 mesi antecedenti, sul totale dei nuovi trattati con PPI.

Per questo indicatore è prevista una scheda di motivazione ad hoc in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Note

Metodo di pesatura degli assistiti in trattamento con inibitori della pompa acida (ATC=A02BC) in carico alla MG

Handwritten notes and signatures:
M. G. L.
SSRI
PPI
Unit
PPI

La variabilità dei consumi dei PPI è per buona parte attribuibile oltre che alle differenti attitudini prescrittive dei medici anche alle caratteristiche delle popolazioni a confronto, in primo luogo età e concomitante terapia antiaggregante con ASA o terapia cronica con FANS.

Per eliminare le differenze determinate da questi fattori, nel confronto fra MMG è stato utilizzato il sistema di "pesi". I pesi sono stati calcolati sulla base dei trattati con PPI dell'Azienda ULSS 20 per le 7 fasce di età. Per ciascuna fascia di età è stata calcolata la quota di pazienti in terapia con PPI e che non assumono FANS/ASA sul totale dei trattati con PPI ed è stato assegnato alla fascia 5-14 anni il valore 1 (Tabella 1).

Il procedimento per il calcolo degli assistiti in trattamento con PPI è il seguente:

- gli assistiti in trattamento con PPI di ciascun MMG sono stati raggruppati in classi di età;
- il numero di individui di ciascuna classe è stato moltiplicato per il peso corrispondente
- la somma dei valori così ottenuti è stata proporzionalmente riportata alla popolazione aziendale in trattamento con PPI.

Tabella 1. Pesi per fascia di età

Fascia di età	< 1 anno	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	> 74
peso	-	-	1,000	0,929	0,778	0,599	0,512

PROGETTO IMAGING - SOLO PER L'AZIENDA ULSS N. 20

Quota di RMN articolari (vedi Allegato 3) < 60 per 1000 assistibili per anno.

Si concorda sulla necessità di migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche con particolare riguardo alla branca di radiologia per le indagini ad alta complessità ed alto costo.

Le priorità aziendali sono rappresentate da:

1. valutare l'induzione di prescrizioni di RMN da parte dello specialista nei confronti del MMG
2. ridurre le prescrizioni improprie di RMN da parte del MMG e degli specialisti sulla base di protocolli condivisi

Nell'ultimo bimestre del 2013 verrà fatta un'analisi a campione sull'induzione delle prescrizioni di Risonanza Magnetica della colonna, spalla, gomito, polso, ginocchio e tibio-tarsica, ad opera di 20 Medici di Medicina Generale che si impegnano a registrare i dati relativi alle prescrizioni delle seguenti prestazioni:

Evidenziando la tipologia del medico prescrittore, la struttura/azienda sanitaria di afferenza, la concordanza fra sospetto diagnostico e la diagnosi riportata sul referto.

I risultati dell'analisi saranno diffusi anche alle strutture/aziende sanitarie a cui afferiscono gli specialisti per gli approfondimenti necessari.

Handwritten notes and signatures:
Mull
vinto Paolo Ferroni SMI
[Signature]

Allegato 3: Prestazioni di RMN considerate

NUMERO DA RIPORTARE IN SCHEDA	CODICE SSR	DESCRITTIVO
1	88.93.4	RM RACHIDE LOMBOSACRALE
2	88.93.5	RM SACRO COCCIGEO
3	88.93.7	RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
4	88.93.8	RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
5	88.93.9	RM LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC
6	88.93.A	RM SACRO COCCIGEO SENZA E CON MDC
7	88.93.V	RM RACHIDE CERVICALE
8	88.93.Z	RM RACHIDE DORSALE
9	88.94.4	RM DELLA SPALLA
10	88.94.5	RM DEL BRACCIO
11	88.94.6	RM DEL GOMITO
12	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO
13	88.94.8	RM DEL POLSO
14	88.94.9	RM DELLA MANO
15	88.94.A	RM DEL BACINO
16	88.94.B	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE
17	88.94.C	RM COSCIA
18	88.94.D	RM GINOCCHIO
19	88.94.E	RM GAMBA
20	88.94.F	RM CAVIGLIA (TIBIO-TARSICA)
21	88.94.G	RM PIEDE
22	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC
23	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC
24	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC
25	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC
26	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC
27	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC
28	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC
29	88.94.Q	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE SENZA E CON MDC
30	88.94.R	RM COSCIA SENZA E CON MDC
31	88.94.S	RM GINOCCHIO SENZA E CON MDC
32	88.94.T	RM GAMBA SENZA E CON MDC
33	88.94.U	RM CAVIGLIA (TIBIO-TARSICA) SENZA E CON MDC
34	88.94.V	RM PIEDE SENZA E CON MDC

Handwritten signature and text:
 [Signature]
 via Paolo Genovesi 5011
 [Signature]

Handwritten signature:
 [Signature]

Corresponsione incentivi Progetto ARPA + Progetto IMAGING

La quota di incentivo da corrispondere è calcolata come riportato di seguito:

- raggiungimento di tutti gli obiettivi o scostamento ≤ 4 : 100% incentivo
- scostamento > 4 e $\leq 6\%$: 50% incentivo
- scostamento $> 6\%$: 0% incentivo

L'incentivo del Progetto ARPA + Progetto IMAGING ammonta a € 2,10/assistibile/semestre, di cui € 2,00 per progetto ARPA e € 0,10 per il progetto IMAGING, da corrispondere al raggiungimento degli obiettivi nella seguente misura:

- 80% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del singolo medico;
- 20% dell'incentivo al raggiungimento degli obiettivi da parte del gruppo.

L'incentivo sarà calcolato considerando la media degli assistibili in carico dall'1.1.2014 al 30.6.2014.

8. IL FONDO D

Nello spirito della DGR1575\09 e 3578/2009 il fondo D è generato da attività di riorganizzazione del sistema di offerta delle cure e processi di appropriatezza che prevedono la riallocazione di risorse dall'ospedale al territorio. Le risorse eventualmente generate sono destinate a investimenti in beni, servizi e progetti di salute per l'area dell'assistenza primaria.

È impegno del NMP e delle singole aziende ULSS individuare le specifiche aree di attività ed effettuare le relative valutazioni economiche presupposto per la definizione degli obiettivi e per le misurazioni dei risultati per i progetti che saranno attuati nel corso del patto.

Tale valutazione andrà comunicata al Comitato Aziendale di ciascuna Azienda ULSS in quanto spetta ad esso la determinazione finale rispetto alla modalità di utilizzo del fondo D. I comitati aziendali delle singole Aziende, entro 2 mesi dalla stipula del presente accordo, prendono atto delle risorse generate dall'attuazione del Patto del 2009 e individuano la destinazione delle stesse ai sensi della DGR n. 3578/09.

9. GLI ASPETTI ECONOMICI

Il riconoscimento delle incentivazioni descritte nelle diverse sezioni deve avvenire sulla base oggettiva dei risultati raggiunti e, per quanto concerne la quota C, previa certificazione della auto sostenibilità economica degli obiettivi da parte del Servizio competente.

La quota di euro 3,08 per adesione al patto Aziendale sarà erogata in dodicesimi nel corso dell'anno solare. Tale quota non verrà erogata al medico che non sottoscrive il contratto annuale e nemmeno al medico che, pur aderendo al Patto, non rispetta uno dei comportamenti elencati nel precedente punto 2), ai sensi dell'art.59 lett. B, comma 15 del vigente ACN.

Per le quote A) e B) 4,35 euro (3,10 + 1,25) e 0,10 per i coordinatori di team verrà pagato un anticipo pari al 40% nello stipendio del primo mese successivo alla comunicazione al Servizio Convenzioni da parte dei Direttori dei Distretti socio-sanitari dei nominativi dei medici che hanno provveduto alla sottoscrizione del contratto annuale ed il rimanente 60% a conguaglio, a verifiche avvenute (entro il primo quadrimestre dell'anno successivo).

Per il primo semestre 2014, equivalente al 50 % della quota A (anziano over 65 euro 0.775 + anziano diabetico over 65 euro 0.775) e quota B (euro 0.625), e la quota per i coordinatori (euro 0,05) verrà pagata entro il primo semestre dell'anno successivo.

La modalità di computo delle incentivazioni per le quote A) e B) prenderà come riferimento la media degli assistibili del primo semestre 2014 dei medici sottoscrittori del Patto.

Resta fermo il principio del recupero di importi erogati non dovuti.

Gli incentivi legati alla Quota C) saranno erogati, considerando la media degli assistibili dei rispettivi periodi come segue:

- per gli obiettivi in vigore dall'1.1.2013 al 30.6.2013 (progetto "Strisce") e dall'1.1.2013 al 30.9.2013 (progetto ARPA 2012), dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi, entro fine marzo 2014;
- per gli obiettivi in vigore dall'1.10.2013 al 31.12.2013 (progetto ARPA 2013) e dall'1.1.2014 al 30.6.2014 (progetto ARPA 2013 + progetto IMAGING), alla conclusione del progetto, verificato il raggiungimento degli obiettivi, entro aprile 2015.

Eventuali fattori esterni che possono condizionare l'andamento dei succitati parametri verranno attentamente vagliati dal Nucleo di Monitoraggio Provinciale.

Le eventuali risorse derivanti dal fondo Quota A) e B), non attribuite per il mancato raggiungimento degli obiettivi, vanno ripartite fra i MMG aderenti che hanno raggiunto gli obiettivi.

Per quanto riguarda il fondo D le singole aziende ULSS sono impegnate a fornire, ogni anno, entro tre mesi dalla conclusione del Patto/Contratto, sia ai rispettivi Comitati Aziendali che, per conoscenza, al NMP, i resoconti sul raggiungimento degli obiettivi sia per i risultati di processo delle attività che per le valutazioni economiche correlate.

10. PROGRAMMI AZIENDALI SPECIFICI

Ciascuna Azienda nel rispetto delle peculiarità territoriali ed organizzative potrà inserire obiettivi o progetti specifici.

11. NOTA FINALE

Per gli obiettivi introdotti con le modifiche al Patto 2010 - 2012 e che decorrono a partire dal 01.10.2013 sarà valutato il raggiungimento degli stessi al 30.6.2014.

Il Patto in proroga scade alla sottoscrizione del "contratto di esercizio" approvato in sede regionale e recepito dalle aziende sanitarie.

12. NOTA A VERBALE SNAMI

Salvo motivazioni tecnologiche motivate, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, ogni MMG deve rispettare quanto previsto dai Patti. Non saranno, in ogni caso, imputabili al Medico eventuali errori di tracciato.

La ULSS comunica, per iscritto per ciascun MMG, entro sei mesi dalla scadenza stabilita per l'invio dei flussi la correttezza o meno dei dati. Se entro tale data non giungerà al MMG alcuna contestazione si dovrà ritenere che l'obiettivo sia stato raggiunto. In caso di contestazione il MMG potrà produrre le proprie controdeduzioni entro 30 giorni.

[Handwritten signature]

Paolo Jener - SM

Visto

[Handwritten signatures]

Verona li 05 DICEMBRE 2013

ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

SMI

Paolo Fenoni

SNAMI

Mario Binda

PER L'ULSS N. 20

Dr. Paolo Costa

Paolo Costa

Dr. Piergiorgio Trevisan

Piergiorgio Trevisan

Dr. Roberto Borin

Roberto Borin

~~_____~~

PER L'ULSS N. 21

Dr. Oliviero Zanardi

Oliviero Zanardi



Sezione Provinciale di Verona

37135 VERONA - Via Silvestrini 7
E-mail verona@fimmg.org

Tel. 0458200983 – Fax 0458231472
<http://www.fimmgverona.org/>

Prot. 461/13

Verona, 10 Dicembre 2013

Al Direttore UOC Servizio Convenzioni Ulss 20 – Dott.ssa Mori Rossana
Al Direttore UOC Cure Primarie Ulss 20 – Dott. Trevisan Piergiorgio
Al Direttore UOC Medicina Territoriale e Specialistica Ulss 20 – Dott. Costa Paolo

Oggetto: Nota al Patto Aziendale

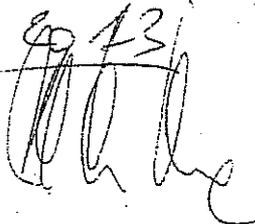
Si conferma la sottoscrizione del Pre-Accordo del Patto Aziendale con firma apposta il 30 Ottobre 2013, unitamente alla precisazione che la rappresentatività del NMP deve essere coerente con i criteri stabiliti dall' ACN.

Distinti saluti

Dott. Lorenzo Adami
Segretario Provinciale Fimmg
Sezione di Verona

Il fatto può essere accettato dal
pubblico in modo soddisfacente ^{SNARE SORI} nel momento
che il fatto sia sottoposto alla forma
dei rapporti medici di medicina
generale. ~~Volere~~ ^{Qualora} raggiunge il
quorum del 51% dei medici di
medicina generale ~~di~~ ^{aderenti}
al fatto, si considera che il
fatto ed il relativo contratto
sono validi.

Sonni aggiunge una dichiarazione
e verbale.

5 dicembre 2013
Fedejura. 

FIRMS conferma la firma del 30/XI/13

Compilate le note della rappresentanza di nomina ^{veritate}.

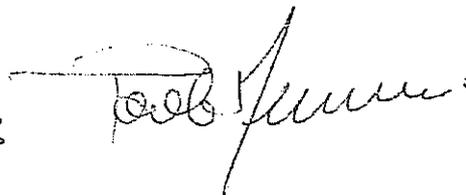
Alb.

DICHIARAZIONE A VERBALE SMI

La firma del presente atto è stata apposta da SMI con le stesse perplessità di sempre, che hanno spesso indotto il nostro sindacato a non firmare Accordi che prevedessero una logica più orientata al risparmio ed alla raccolta di dati che al raggiungimento di obiettivi di salute. La prospettiva che abbiamo dinanzi a noi ci induce dunque a questo ultimo atto ~~non convinto, non convincente e legato troppe volte~~ ad una logica emergenziale.

Sarà comunque come sempre nostro impegno primario perseguire il raggiungimento di accordi che vadano verso gli indirizzi del Progetto AFT/MdGI per il quale abbiamo fornito e forniremo in Regione ed in ogni Azienda ULSS il nostro fattivo e qualificante contributo

5 dicembre 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rob. Fummi".



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

Deliberazione del Direttore Generale

n. 688 del 19/12/2013

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 20, dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina, nominato con D.P.G.R.V. n. 239 del 29/12/2012, coadiuvato dai Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale, ha adottato in data odierna la presente deliberazione costituita da n. 29 fogli compreso il presente frontespizio.

OGGETTO

Patto aziendale Medici di Medicina Generale. Triennio 2010/2012. Proroga 2013-2014.

Per l'acquisizione del parere espresso, come indicato nel preambolo della presente deliberazione

Il Direttore Amministrativo
F.to f.f. dott.ssa Laura Bonato

Il Direttore Sanitario
F.to dott.ssa Chiara Bovo

Il Direttore Servizi Sociali e della Funzione Territoriale
F.to f.f. dott. Maurizio Facincani

Letta, approvata e sottoscritta

Il Direttore Generale
F.to dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC SERVIZIO CONVENZIONI
UOC SERVIZIO FARMACEUTICO
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 1
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 2
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 3
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4

PER CONOSCENZA A:

DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
UOC SERVIZIO INFORMATIVO ED INFORMATICO
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 1
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 2
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 3
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4
UOC CURE PRIMARIE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE IN DATA 19/12/2013

N. Progress. 688

UOC SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO UOC SERVIZIO CONTROLLO GESTIONE UOC SERVIZIO FARMACEUTICO UOC MEDICINA TERRITORIALE E MEDICINA SPECIALISTICA UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA DIREZIONE GENERALE DIREZIONE AMMINISTRATIVA DIREZIONE SANITARIA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE IN DATA 19/12/2013

N. Progress. 688

Il Direttore dell'U.O.C. Servizio Convenzioni – Dott. Rossana Mori riferisce quanto segue:

- con deliberazione 29.9.2010, n. 609, è stato approvato il Patto Aziendale di Area Vasta per i Medici di Assistenza Primaria relativo al triennio 2010/2012, sottoscritto in data 8.7.2010 dai Direttori Generali delle Aziende ULSS n. 20, n. 21 e n. 22 e dai rappresentanti sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG, SMI e SNAMI;
- con deliberazione 25.10.2012 n. 622 si è preso atto dell'aggiornamento del Progetto ARPA anno 2011 concordato nella riunione del 21.7.2011 del Nucleo di Monitoraggio Provinciale del Patto Aziendale di Area Vasta ed illustrato nella riunione del Comitato Aziendale per la Medicina Generale del 15.9.2011;
- con deliberazione 15.11.2012 n. 662 sono state recepite le modifiche apportate al Patto Aziendale di Area Vasta per i Medici di Assistenza Primaria triennio 2010/2012 secondo le proposte concordate dal Nucleo di Monitoraggio del Patto di Area Vasta del 19.7.2012 e del 24.9.2012 e delle quali il Comitato Aziendale per la Medicina Generale in data 11.10.2012 ha preso atto;
- con deliberazione 18.4.2013 n. 225 il Patto Aziendale di area vasta per i medici di assistenza primaria triennio 2010/2012 è stato prorogato d'ufficio fino all'approvazione del nuovo patto, autorizzando i Medici di Medicina Generale a continuare a svolgere le attività previste dal patto medesimo;
- con deliberazione 8.8.2013 n. 414 si è preso atto dell'aggiornamento del Progetto "ARPA anno 2012" e del nuovo progetto "Personalizzazione della prescrizione delle strisce per l'automonitoraggio della glicemia" concordate nella riunione del Nucleo di Monitoraggio del Patto di Area Vasta del 19.7.2012 ed illustrate nella riunione del Comitato Aziendale per la Medicina Generale dell'11.10.2012;

Considerato che, a seguito delle trattative intercorse e ai fini della predisposizione della presente deliberazione di recepimento, il Direttore dell'UOC Medicina Territoriale e Specialistica con nota dell'11.12.2013 n. 65846 di prot. :

- ha trasmesso il Patto Aziendale Medici di Medicina Generale triennio 2010/2012 – Proroga 2013/2014 - sottoscritto in data 5.12.2013 dai rappresentanti delle OO.SS. dei medici di Medicina Generale SMI e SNAMI e dai referenti della ULSS n. 20 e della ULSS n. 21 nonché le dichiarazioni a verbale firmate dai medesimi rappresentanti nonché dal rappresentante dell'O.S. FIMMG;
- ha comunicato che l'O.S. FIMMG aveva sottoscritto in data 30.10.2013 un pre-accordo che, nel corso del mese di novembre, ha subito alcune parziali modifiche su richieste delle OO.SS. SNAMI e SMI, non tanto sugli obiettivi dell'Accordo, ma sulla quantificazione dei criteri di applicazione di 2 di essi;

Avuto presente che in data 11.12.2013 è stato trasmesso ai componenti del Comitato Aziendale per la Medicina Generale il summenzionato "Patto Aziendale Medici di Medicina Generale Triennio 2010/2012 – Proroga 2013/2014" nonché le dichiarazioni a verbale sopra indicate, con invito a trasmettere eventuali osservazioni prima dell'adozione del presente provvedimento, prevista in data odierna;

Dato atto che nessuna osservazione è pervenuta da parte dei componenti il Comitato Aziendale;

Propone l'adozione del conseguente provvedimento sottoriportato:

Il Direttore Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE IN DATA 19/12/2013

N. Progress. 688

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria del provvedimento anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

1. di approvare il Patto Aziendale Medici di Medicina Generale triennio 2010/2012 – Proroga 2013/2014 - sottoscritto in data 5.12.2013 dai rappresentanti delle OO.SS. dei medici di Medicina Generale SNAMI e SMI e dai referenti della ULSS n. 20 e della ULSS n. 21 che, allegato al presente provvedimento unitamente alle dichiarazioni a verbale delle OO.SS. FIMMG, SMI e SNAMI, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
 2. di incaricare i Direttori dei Distretti Socio Sanitari di provvedere, per quanto di competenza, agli adempimenti relativi alla sottoscrizione del contratto da parte dei medici aderenti nonché di verificare il raggiungimento degli obiettivi di quota A) e di quota B) previsti dal succitato Patto Aziendale;
 3. di incaricare il Direttore dell'UOC Servizio Farmaceutico di verificare il raggiungimento degli obiettivi di quota C) previsti dal succitato Patto Aziendale;
 4. di incaricare l'UOC Servizio Convenzioni di provvedere ad ogni altro conseguente adempimento;
 5. di dare atto che il costo presunto per l'esecuzione del presente provvedimento, al netto dell'acconto erogato, pari ad € 3.100.000 (comprensivo della contribuzione ENPAM,) è stato inserito nel B.E.P. dell'anno 2013, e che la disponibilità ad ordinare viene registrata al corrispondente conto n. BA0430.
 - 6.
-

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE IN DATA 19/12/2013

N. Progress. 688

**CERTIFICAZIONI RELATIVE
ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 688 DEL 19/12/2013**

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata pubblicata per 15 giorni consecutivi dal 23/12/2013 nel sito web aziendale, ai sensi e per gli effetti dell'art.32 - comma 1 - della L. 18/6/ 2009 n. 69 e s.m.i.

Lo stesso giorno della pubblicazione l'atto è stato trasmesso al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14/9/1994 n. 56.

Verona, li 23/12/2013

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e S.O.
F.to dott. Patrizio Muraro

CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 19/12/2013, come da norma regolamentare approvata con provvedimento del direttore generale n. 776 del 23-12-2010.

Verona, li 19/12/2013

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e S.O.
F.to dott. Patrizio Muraro

CONTROLLO REGIONALE

La presente deliberazione è stata inviata alla Giunta Regionale del Veneto, ai sensi dell'art. 32 della L.R. 9/9/1999, n. 46, il

Sulla presente deliberazione la Giunta Regionale ha espresso/apposto il visto di conformità/ congruità:
- ai sensi dell'art. 28 - comma 3 - della L.R. 3/2/1996, n.5 con D.G.R.
- ai sensi degli artt. 38 e 39 della L.R. 14/9/1994, n. 55 con D.G.R.

Verona, li

AUTENTICAZIONE COPIA DELIBERAZIONE

Copia conforme all'originale esistente in atti per uso amministrativo, composta di n° 29 fogli (incluso il presente).

Verona, li _____

Il Dirigente/Funzionario Responsabile

7.