

ORIGINALE**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE****N. 413 del 15/07/2019**

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Pietro Girardi, nominato con D.P.G.R.V. n. 196 del 30/12/2015 e confermato con D.P.G.R.V. n. 164 del 30/12/2016, coadiuvato dai Direttori:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|---|
| - dott. Giuseppe Cenci | Direttore Amministrativo | - |
| - dr.ssa Denise Signorelli | Direttore Sanitario | |
| - dott. Raffaele Grottola | Direttore dei Servizi Socio-Sanitari | |

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

MEDICINA GENERALE - PATTO AZIENDALE CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA 2019/2021.

Note per la trasparenza: Con il presente atto si approva il Patto aziendale con i medici addetti all'ass. primaria 2019-2021 sottosc. dai rapp. aziend. e dalle OO.SS. magg. rappresentative della Medic. Generale ed approvato nella seduta del Comitato aziendale del 29.05.2019

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 413 DEL 15/07/2019

Il Direttore dell'U.O.C Direzione Amministrativa Territoriale, di concerto con il Responsabile f.f. dell'U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- in attuazione della Legge Regionale 25.10.2016 n.19, a seguito dell'individuazione dei nuovi ambiti territoriali per le Aziende ULSS, a far data dal 1° gennaio 2017 è stata costituita la nuova Azienda ULSS 9 Scaligera, mediante incorporazione nella ex Ulss 20 delle sopresse ULSS n. 21 di Legnato e n. 22 di Bussolengo;
- considerati i rilevanti cambiamenti introdotti dal 1° gennaio 2017 e i conseguenti adeguamenti organizzativi da porre in essere, la Direzione Strategica della nuova ULSS Scaligera, tenuto conto delle direttive regionali di cui alla DGR n. 2174/2016, ha avviato appositi tavoli con le delegazioni trattanti della medicina generale allo scopo di addivenire quanto prima ad una definizione unitaria a livello aziendale dei Patti concordati presso le tre ex Aziende ULSS interessate;
- nelle more della conclusione delle trattative intraprese, nell'anno 2017 sono rimasti in vigore in regime di prorogatio, ai sensi di quanto prevede l'Accordo Regionale per la medicina generale di cui alla DGR 4395/2005, i patti in essere presso le tre ex Aziende Ulss 20-21-22 al fine di salvaguardare i percorsi e le azioni già avviate, in attesa di uniformare i contenuti e gli obiettivi da conseguire mediante il nuovo Patto della ULSS 9 Scaligera;
- con deliberazione 2.8.2018 n. 516 è stato approvato il Patto Aziendale della Medicina Generale – Assistenza Primaria 2018/2020 dell'ULSS n. 9 Scaligera;

Avuto presente che a seguito di numerosi incontri da parte del gruppo di lavoro costituito da parte dei rappresentanti sindacali dei medici di assistenza primaria e dei dirigenti dell'Azienda ULSS, al fine di aggiornare il precedente Patto Aziendale alle particolari priorità definite a livello regionale, è stata predisposta una proposta di Patto aziendale da sottoporre all'approvazione del Comitato aziendale della Medicina Generale;

Preso atto che il Comitato Aziendale nella seduta del 29.5.2019 ha approvato il nuovo Patto aziendale dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per il periodo 2019 – 2021, che è stato sottoscritto dai rappresentanti aziendali e dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Medicina Generale;

Dato atto che per quanto concerne il costo derivante dall'eventuale maggior costo riferito agli incentivi di cui alla quota C del Patto, si terrà conto nell'adeguamento

Il Proponente: IL DIRETTORE UOC Direzione Amministrativa Territoriale F.TO DOTT. GABRIELE GATTI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 413 DEL 15/07/2019

trimestrale del Conto Economico che dovrà trovare copertura nel corrispondente risparmio della spesa farmaceutica;

Avuto presente che l'Azienda Sanitaria comunicherà, per iscritto a ciascun MMG, entro 4 mesi dalla scadenza stabilita per l'invio dei flussi, la correttezza o meno dei dati trasmessi;

Ritenuto di provvedere in merito;

Propone l'adozione del conseguente provvedimento sottoriportato:

Il Direttore Generale

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, per i motivi in premessa indicati, il Patto Aziendale con i Medici di Assistenza Primaria anni 2019/2021 sottoscritto dai rappresentanti aziendali e dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della Medicina Generale e relativi allegati, che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di incaricare i Direttori delle UOC Cure Primarie Distretti n. 1 2, 3 e 4 e del Servizio Farmaceutico Territoriale, per quanto di rispettiva competenza, alla sottoscrizione del contratto annuale con i medici aderenti nonché di verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Patto medesimo;
- 3) di stabilire che l'Azienda Sanitaria comunicherà, per iscritto a ciascun MMG, entro 4 mesi dalla scadenza stabilita per l'invio dei flussi, la correttezza o meno dei dati trasmessi;
- 4) di incaricare l'UOS Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli di provvedere:
 - alla corresponsione dell'acconto del 40% delle quote A e B una volta acquisite le adesioni al patto da parte delle competenti Direzione Cure Primarie distrettuali;
 - alla corresponsione degli incentivi di quote A e B all'esito delle verifiche di raggiungimento degli obiettivi da parte delle competenti Direzioni Cure Primarie distrettuali;
 - all'erogazione degli incentivi di quota C, ove spettanti, secondo le risultanze del Servizio Farmaceutico Territoriale;

Il Proponente: IL DIRETTORE UOC Direzione Amministrativa Territoriale F.TO DOTT. GABRIELE GATTI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 413 DEL 15/07/2019

- 5) di dare atto che il costo presunto per l'esecuzione del presente provvedimento relativo al primo anno di vigenza, è pari ad € 3.286.300,00 (comprensivo della contribuzione Enpam). L'eventuale maggior costo derivante dagli incentivi di quota C, di cui si terrà conto nell'aggiornamento trimestrale del conto economico, troverà copertura nel corrispondente risparmio della spesa farmaceutica.

**Il Direttore Sanitario Il Direttore Amministrativo Il Direttore dei Servizi
Socio Sanitari
F.TO dr.ssa Denise Signorelli F.TO dott. Giuseppe Cenci F.TO dott. Raffaele Grottola**

**IL DIRETTORE GENERALE
F.TO dott. Pietro Girardi**

Il Proponente: IL DIRETTORE UOC Direzione Amministrativa Territoriale F.TO DOTT. GABRIELE GATTI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 413 DEL 15/07/2019

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, 18/07/2019

P. il Direttore
UOC Affari Generali
F.TO Sig.ra. . Margherita Gagliardi

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOS MEDICINA CONVENZIONATA E PRIVATI ACCREDITATI E CONTROLLI

TRASMESSA PER CONOSCENZA A:

DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIALI
DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE
UOC CURE PRIMARIE DISTRETTI 1 E 2
UOC CURE PRIMARIE DISTRETTO 3
UOC CURE PRIMARIE DISTRETTO 4
DISTRETTO 1
DISTRET

Il Proponente: IL DIRETTORE UOC Direzione Amministrativa Territoriale F.TO DOTT. GABRIELE GATTI

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Regione del Veneto

AZIENDA U.L.S.S. N. 9 SCALIGERA

**PATTO AZIENDALE
CON I MEDICI DI
ASSISTENZA PRIMARIA**

ANNI 2019 - 2021

Premessa :

Il presente Patto avrà una durata triennale, con valore giuridico ed economico dal 1 gennaio 2019, fatti salvi gli adeguamenti a seguito di norme e indicazioni nazionali/regionali che possano comportare modifiche sostanziali al Patto stesso e che sono eventualmente da rinegoziare con le OOSS, con verifica finale delle attività svolte e degli obiettivi conseguiti, ai fini della programmazione dei successivi interventi da attuare nell'ambito dell'ULSS 9 Scaligera a partire dal 2019.

Sulla base delle priorità fissate dalla programmazione nazionale e regionale sono individuate le seguenti finalità del Patto :

- Perseguire obiettivi di governance con riferimento a:
 - appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica;
 - riduzione o contenimento della spesa farmaceutica procapite
 - riduzione o contenimento dei ricoveri
 - riduzione o contenimento delle prestazioni specialistiche
 - migliorare l'adesione alle campagne di screening oncologiciattivare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche rilevanti: diabete e TAO;
- consolidare lo sviluppo professionale dei MMG perseguito tramite la formazione continua nelle AFT/team e coadiuvati dal referente indicato dagli stessi MMG.

REQUISITI PER L'ADESIONE AL PATTO AZIENDALE

Il Medico che aderisce al Patto aziendale si impegna in particolare a:

- partecipare all'attuazione del Piano di sviluppo delle Cure Primarie;
- partecipare alla UVMD di qualsiasi tipo (anziani, malati fragili, oncologici, disabili, pazienti assistiti dal SeRD o dalla Salute Mentale) richieste dallo stesso MMG o da qualsiasi soggetto avente diritto;
- compilare in via informatica, non appena attivata la modalità, le schede valutative previste dalla regione del Veneto (SVAMA, SVAMDI, VMDS, bisogni assistenziali per ADI, ...) per le parti di propria competenza;
- partecipare attivamente alla presa in carico del paziente in dimissione protetta, secondo le procedure previste dagli accordi regionali e locali;
- favorire le campagne di vaccinazione proposte a livello regionale;
- favorire le campagne di screening proposte a livello regionale;
- promuovere corretti stili di vita sani (esercizio fisico, alimentazione, fumo, assunzione sostanze e bevande alcoliche, ...);

2

- segnalare puntualmente e tempestivamente le eventuali reazioni avverse ai farmaci, anche attraverso anche attraverso l'invio telematico, collegandosi alla piattaforma AIFA tramite link a www.vigilfarmaco.it;

LINEE DI INDIRIZZO

Queste le linee di indirizzo:

1. Aderire ai progetti aziendali/regionali di appropriatezza della **SPESA FARMACEUTICA**;
2. Aderire ai progetti aziendali condivisi centrati sull' **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA** della specialistica (diagnostica per immagini; laboratorio; diagnostica strumentale);
3. Partecipare attivamente alla governance dei ricoveri al fine di ridurre il **TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE**, per quanto di competenza della Medicina Generale, e di concerto con le azioni intraprese con Azienda ospedaliera e i budget concordati con le strutture di ricovero del privato accreditato;
4. Collaborare all'ampliamento della copertura delle **CAMPAGNE DI SCREENING**;
5. Favorire la presa in carico dei pazienti in **ASSISTENZA DOMICILIARE**, uniformando, in accordo tra le parti, la documentazione sanitaria da conservare a domicilio del paziente, come previsto dall'ACN e ACR;
6. **Partecipazione dei capi team agli incontri organizzati dall'AULSS** (nella misura di due per semestre come massima) per il monitoraggio degli obiettivi del patto e il miglioramento dei rapporti di collaborazione MMG – Azienda ULSS 9.

Al fine di raggiungere tali obiettivi, l'Azienda Ulss 9 si impegna a:

- **realizzare incontri di sensibilizzazione e di monitoraggio con gli specialisti** Ulss e dell'Azienda Ospedaliera sugli obiettivi di governance, farmaceutica, specialistica e di ricovero, al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva - diretta e indotta - ed evitare la duplicazione inefficace delle prestazioni;
- prevedere negli accordi **con i medici SAI e nei budget delle UU.OO. ospedaliere** obiettivi volti sia all'ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante per le prime visite e le prestazioni specialistiche, favorendo il rispetto e la diffusione delle specifiche cliniche di priorità regionali, sia al contenimento dei costi della farmaceutica, promuovendo l'appropriatezza prescrittiva, sia alla riduzione dei ricoveri ripetuti.

L'Azienda assicura di impegnare i propri medici dipendenti e SAI operanti nella specialistica territoriale e ospedaliera anche con obiettivi di Budget :

- a configurarsi quali consulenti di riferimento per la medicina di famiglia, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi;
- a collaborare con i MMG sui problemi del singolo paziente;
- a favorire la consulenza telefonica, tramite telefonate dirette o in risposta alle segnalazioni raccolte dal personale di supporto dell'ambulatorio;
- a garantire, al momento della visita, la prescrizione e prenotazione dei controlli, utilizzando appositi spazi nelle agende, come da disposizione regionale 320 del 12/3/2013 e nuova 16/09/2015.

3

A tal fine si provvederà a ricostituire gli **UCAD** (ufficio di coordinamento delle attività distrettuali) entro il 31 ottobre 2019.

Si concorda che **l'Azienda Ulss 9 si impegna a promuovere l'informatizzazione di:**

- SVAMA/SVAMDI on line in tutto il territorio dell'Azienda, per quanto di competenza sanitaria, da compilarsi prima delle relative UVMD;
- la richiesta di attivazione/rinnovo di cure domiciliari, dell'assistenza programmata (ADP) e ADIMED, completa di VMDS e scheda bisogni.
- Uniformare e, ove possibile, informatizzare la modulistica in uso nella Azienda (richiesta UVMD, prescrizione presidi e ausili, farmaci in distribuzione diretta, rinnovo piani di cura e piani terapeutici, etc).
- una bacheca aziendale ove inserire le comunicazioni ai MMG.

Si sottolinea l'importanza dell'utilizzo esclusivo della posta aziendale o della bacheca summenzionata per le comunicazioni da e verso l'Azienda.

In conformità a quanto stabilito dalla D.G.R.V. n. 4395 del 30.12.2005 il valore complessivo di € 4.45 / assistito costituisce il budget economico per il finanziamento del presente contratto per le quote A) e B).

Come definito dall'Accordo integrativo regionale sopra citato, l'erogazione della quota C) è subordinata alla certificazione della reale autosostenibilità economica ed alla "*oggettiva evidenza, ex ante, dei risultati raggiungibili*" con "*dimostrabilità dei risultati conseguibili*".

Come condiviso durante la seduta del 26/9/2018 del tavolo CRITE:

"la quota "A", pari ad € 3,10 ad assistito, dovrà essere destinata ad obiettivi di governance (tasso di ospedalizzazione, spesa farmaceutica e della specialistica);

la quota "B", pari ad € 1,35 ad assistito, dovrà essere destinata ad altri obiettivi ritenuti rilevanti per l'azienda".

Gli indicatori saranno valutati, a partire dai dati delle verifiche effettuate dai competenti uffici aziendali, previo confronto dello specifico gruppo di lavoro paritetico misto (nucleo di monitoraggio del patto) , in sede di Comitato aziendale, previa fornitura dei report alle OO.SS con congruo anticipo.

Per gli anni successivi al 2019 il valore degli indicatori degli obiettivi relativi alla quota A e B del presente patto saranno ridefiniti tra Azienda Ulss 9 e OO.SS. entro 30 giorni dalla comunicazione da parte della Regione degli obiettivi assegnati alle Aziende, anche alla luce delle indicazioni regionali, dei risultati conseguiti negli anni precedenti e di oggettive difficoltà evidenziate da parte delle parti contraenti.

Aree tematiche e obiettivi di appropriatezza



4

QUOTA "A" (Pari ad € 3,10)

La somma non ripartita per il mancato raggiungimento dei singoli obiettivi della quota A da parte di alcuni dei MMG aderenti al patto, sarà ripartita in modo proporzionale rispetto al grado di raggiungimento dei singoli obiettivi stessi, tra i medici che li hanno raggiunti.

A) SPESA ASSISTIBILE/PESATA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (0,50 €)

Descrizione dell'indicatore:

Spesa assistibile/pesata calcolata inserendo al numeratore la spesa farmaceutica convenzionata netta e al denominatore la popolazione pesata in carico al MMG.

Valore soglia

Il valore da raggiungere per l'anno 2019 corrisponde al valore di spesa pro-capite pesato stabilito dalla Regione. Per gli anni successivi sarà ridefinito tra Azienda Ulss 9 e OO.SS. anche alla luce delle indicazioni regionali, dei risultati conseguiti negli anni precedenti e di oggettive difficoltà evidenziate da parte delle parti contraenti.

Le quote incentivanti sono stabilite secondo il seguente schema a seconda del raggiungimento o meno dell'obiettivo regionale di spesa/pesata da parte dell'Azienda.

Raggiungimento dell'obiettivo regionale di spesa/pesata da parte dell'Azienda 9:

Spesa annuale - MMG	Valore spesa farmaceutica se l'obiettivo è 103	Riconoscimento dell'incentivo
Rientrano nel tetto	≤ 103 euro	100 %
scostamento entro il 10%	tra 103,1 e 113,3 euro	85%
scostamento tra il 10-20%	113,4-123,6	70%
scostamento superiore al 20% dal tetto di spesa annuale	con riduzione della spesa pro capite del 10% rispetto all'anno precedente	40%
MMG che non rientrano nei casi precedenti		Nessun incentivo

Mancato raggiungimento dell'obiettivo regionale di spesa/pesata da parte dell'Azienda 9:

Spesa annuale - MMG	Valore spesa farmaceutica se l'obiettivo è 103	Riconoscimento dell'incentivo
Rientrano nel tetto	< 103 euro	100 %
scostamento entro il 10%	tra 103,1 e 113,3 euro	70%
scostamento tra il 10-20%	113,4-123,6	50%
scostamento superiore al 20% dal tetto di spesa annuale	con riduzione della spesa pro capite del 10% rispetto all'anno precedente	20%
MMG che non rientrano nei casi precedenti		Nessun incentivo

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo Aziendale, sarà obbligo della UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale fornire n° 1 report semestrale sui costi della farmaceutica territoriale, oltre ad organizzare due incontri annuali di monitoraggio con i capiteam, in accordo con le UU.OO.CC. Cure Primarie.

Misurazione dell'indicatore:

Dati forniti dall'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale sulla base del flusso della farmaceutica convenzionata.

B) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA SPECIALISTICA (0,50 €)

L'obiettivo proposto per il 2019 è relativo alla riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN

Indicatore :

Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.

Obiettivo:

Riduzione delle RM osteoarticolari per mille pazienti over 65 aa in accordo agli obiettivi regionali.

Le quote incentivanti sono stabilite secondo il seguente schema:

tasso T di RM x 1000 assistiti ultrasessantacinquenni	Incentivo riconosciuto
$40 \leq T \leq 60$	100%
$30 \leq T \leq 39$ o $61 \leq T \leq 70$	50%
$29 \leq T \leq 71$	0%

- In caso di mancato o parziale raggiungimento dell'obiettivo da parte del singolo medico, verranno valutati nel Nucleo di Monitoraggio:

1.i Medici con numero complessivo di assistiti inferiore a 500

2. i medici con numero di assistiti superiore a 500, che possano dimostrare che ai loro pazienti sottoposti a RM, è stato eseguito, entro i 12 mesi successivi all'esecuzione dell'esame, un intervento chirurgico a :

- ginocchio
- spalla
- anca



6



per l'anno 2019 si valuterà il raggiungimento dell'obiettivo solo per le prestazioni effettuate nel secondo semestre

Per gli anni successivi tale obiettivo sarà ridefinito tra Azienda Ulss 9 e OO.SS. anche alla luce delle indicazioni regionali, dei risultati conseguiti negli anni precedenti e di oggettive difficoltà evidenziate dalle parti contraenti.

C) TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (0,50 €)

L'obiettivo proposto è relativo al mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 ab. età adulta (≥ 18 anni) per **complicanze a breve e lungo termine per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**.

Per l'anno 2019 il valore da raggiungere sarà quello stabilito dalla Regione (343,00/100.000 abitanti)

Il valore dell'anno 2018 in base alla appartenenza del MMG alle tre ex aziende ULSS è il seguente

Distretti n.1 e n.2:	347,03 /100.000 ab
Distretto n.3 :	353,55 /100.000 ab
Distretto n.4:	394,07/100.000 ab

Si riconosce il significato dell'obiettivo all'interno dell'impegno dei medici sulla cronicità; tuttavia si rilevano differenze significative nel tasso di ricoveri nei 4 distretti, riferibili alla diversa organizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri anche in relazione agli altri obiettivi sulla cronicità nell'evoluzione del presente patto.

Pertanto se l'Azienda 9 raggiunge l'obiettivo regionale di 343,00/100.000 abitanti l'incentivo viene riconosciuto a tutti i MMG aderenti all'accordo.

Se l'Azienda 9 non raggiunge l'obiettivo regionale l'incentivo non viene corrisposto a nessun medico e la quota va a riparto nella quota A.

L'Azienda Ulss 9 si impegna a porre in essere tutti gli strumenti a sua disposizione al fine di favorire la riduzione del tasso di ospedalizzazione: attivazione tempestiva dei posti letto di ospedali di comunità e hospice, accordi con Azienda Ospedaliera e definizione dei budget delle strutture ospedaliere private accreditate.

D) Presa in carico pazienti Diabetici di tipo 2 (1,60 €)

Con la presa in carico dei pazienti Diabetici di tipo 2 da parte del Medico di Assistenza Primaria si intendono perseguire i seguenti obiettivi:

- Incrementare i livelli assistenziali rivolti alla popolazione diabetica di tutta l'Ulss 9 attraverso una diagnosi precoce e un intervento assistenziale attivo da parte del medico curante;
- Migliorare la collaborazione con i Servizi di Diabetologia presenti sul territorio della Ulss 9;
- Migliorare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva al fine di ridurre i ricoveri per complicanze e il ricorso alla specialistica (impatto positivo su obiettivi di governance);



- Dare continuità ai percorsi assistenziale intrapresi negli anni scorsi che hanno coinvolto la stragrande maggioranza dei medici di assistenza primaria, non limitando la presa in carico delle patologie cronico-invalidanti alle sole Medicine di Gruppo Integrate.

Con riferimento al PDTA per la presa in carico dei pazienti con Diabete di tipo 2, si concorda che il Medico rilevi i dati clinici individuati nell'Allegato 1 e li registri nella cartella ambulatoriale per la successiva estrazione e invio alla Ulss che dovrà essere effettuato entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento (dati fino al 31.12) con modalità da definirsi.

Si precisano di seguito le modalità da adottare per la rilevazione:

1. L' Azienda USL fornisce ad ogni MMG l'elenco di tutti pazienti diabetici noti sulla base dei flussi amministrativi aziendali (esenzioni ticket e terapia);
2. il MMG effettua l'eventuale pulizia della lista (decaduti, trasferiti, errori) e registra con codice ICD 9 CM i pazienti nel suo gestionale (presa in carico), raccogliendo il consenso al trattamento dei dati se concesso dal paziente. Deve essere prevista e codificata la modalità di invio dei dati anonimizzati ove non prestato/raccoglibile il consenso. Il numero dei pazienti registrati nel gestionale assume il significato del "potenziale pazienti" (denominatore ai fini dei calcoli per il raggiungimento degli obiettivi). Qualora si presentassero notevoli differenze fra il numero di pazienti individuati dai flussi aziendali rispetto a quanto rilevato dal MMG (discrepanza > 20%) si procederà, tramite l'UOC Cure Primarie, ad un'analisi congiunta per analizzare le ragioni dello scostamento e per concordare l'elenco dei potenziali pazienti.
3. I dati da rilevare e registrare per il monitoraggio della patologia, nonché i tempi di registrazione con i relativi pesi sono riportati nell'**Allegato 1**;
4. L' Azienda, utilizzerà il tracciato record 2018 per l'estrazione dal gestionale del MMG dei dati richiesti. (le specifiche tecniche per le software house che devono essere comunicate dall'azienda almeno 60 giorni prima della data prevista per l'invio dati).
5. l'invio delle liste ai singoli medici entro 30/09/19 per il primo anno ed entro il 28/02 per gli anni successivi.
6. La quota incentivo per tale attività è di € 1,60 per assistito/anno (esclusi gli assistiti afferenti alla MdGI);
7. L'incentivazione ad ogni singolo medico viene riconosciuta se invierà, entro la scadenza concordata, un numero di schede debitamente compilate, ovvero con punteggio superiore o pari a 62, non inferiore al 55% del "potenziale pazienti a seguito della pulizia della lista";
8. L'entità dell'incentivo liquidato a ciascun MMG sarà proporzionale al numero di schede completate, per un valore di almeno 62 punti. Il valore dell'incentivo si ricava dividendo la somma complessiva degli incentivi destinati al diabete (euro 1,60 per numero totale degli assistibili dei medici aderenti al patto) per il numero complessivo di schede correttamente compilate. Vengono escluse le schede, anche se correttamente compilate, dei medici che non raggiungono il 55% del potenziale. Ad ogni medico sarà riconosciuto l'importo ottenuto moltiplicando il valore della singola scheda sopra definito per il numero di schede debitamente compilate (62 punti) e inviate entro la scadenza concordata.





QUOTA "B" (Pari ad € 1,35)

Secondo quanto previsto dall'ACR vigente nel caso in cui le risorse economiche previste per la Quota B di € 1,35 per assistito/anno, non fossero completamente utilizzate nell'esercizio di competenza, la parte non corrisposta andrà ad incrementare il fondo della quota B dell'anno successivo.

D) Presa in carico pazienti in TAO (0,65 €)

Con la presa in carico dei pazienti in trattamento anticoagulante da parte del Medico di Assistenza Primaria si intendono perseguire i seguenti obiettivi:

- Incrementare i livelli assistenziali rivolti alla popolazione in trattamento anticoagulante di tutta l'Ulss 9 attraverso un intervento assistenziale attivo da parte del medico curante;
- Migliorare il monitoraggio diagnostico e la prescrizione farmaceutica al fine di ridurre i ricoveri per complicanze e il ricorso alla specialistica (impatto positivo su obiettivi di governance);
- Dare continuità ai percorsi assistenziale intrapresi negli anni scorsi che hanno coinvolto la stragrande maggioranza dei medici di assistenza primaria, non limitando la presa in carico delle patologie cronico-invalidanti alle sole Medicine di Gruppo Integrate.

A tal fine la presa in carico prevede le seguenti fasi:

1. L'Azienda USL, tramite il controllo di gestione/farmaceutico, fornisce l'elenco dei pazienti in trattamento con antivitamina K e NAO;
2. il MMG effettua l'eventuale pulizia della lista (deceduti, trasferiti, errori) e registra i pazienti nel suo gestionale raccogliendo il consenso al trattamento dei dati se concesso dal paziente. Deve essere prevista e codificata la modalità di invio dei dati anonimizzati ove non prestato/raccoglibile il consenso. Il numero dei pazienti registrati nel gestionale assume il significato del "potenziale pazienti" (denominatore ai fini dei calcoli per il raggiungimento degli obiettivi). Qualora si presentassero notevoli differenze fra il numero di pazienti individuati dai flussi aziendali rispetto a quanto rilevato dal MMG (discrepanza > 20%) si procederà, tramite il Nucleo di Monitoraggio, ad un'analisi congiunta per analizzare le ragioni dello scostamento e per concordare l'elenco dei potenziali pazienti.
3. Per il monitoraggio viene utilizzata la scheda di rilevamento in uso nel 2018 (**Allegato 2**);
4. L'Azienda, utilizzerà il tracciato record per l'estrazione dal gestionale dei dati richiesti (le specifiche tecniche per le software house che devono essere comunicate dall'azienda almeno 60 giorni prima della data prevista per l'invio dati).
5. L'incentivazione ad ogni singolo medico viene riconosciuta se invierà almeno un numero di schede debitamente compilate almeno pari al 55% del "potenziale pazienti".
6. La valorizzazione proporzionale dell'incentivo per scheda avviene ex post una volta conteggiate quelle inviate entro la scadenza concordata che abbiano registrato un numero di rilevazioni dell' INR pari ad almeno 0,8/mese /paziente oppure 5/semestre oppure 10/anno a seconda dell'effettivo periodo di osservazione/monitoraggio per i pazienti trattati con anti vitamina K, rispetto al numero di schede inviate.
7. L'incentivo sarà erogato a fronte della :
 1. pulizia e aggiornamento dell'elenco;



9



2. rilevazione dell'INR;
3. registrazione semestrale del valore della creatininemia per i pazienti in trattamento con NOACs

Nella prospettiva di una evoluzione delle modalità di presa in carico dei pazienti scoagulati negli anni successivi, per il 2019 il medico si impegna alla produzione del piano di cura con AVK stampato/informatizzato da consegnare al paziente e a modalità di registrazione dei dati che consentano l'effettuazione del calcolo del TTR. Questi obiettivi professionali saranno oggetto di formazione nei team e, per il 2019 non saranno oggetto di verifica ai fini dell'incentivo.

PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALL'ULSS PER IL MONITORAGGIO DEL PATTO (0,60 €)

Partecipazione ad almeno il 75% dei 4 incontri di monitoraggio del patto organizzati dai coordinatori di AFT di intesa con i Servizi Aziendali, su farmaceutica, specialistica e rapporti MMG – Distretto e Ospedale – Territorio.

Gli incontri avranno di norma cadenza trimestrale, o cadenza più ravvicinata se si ravvede la necessità, soprattutto in fase di avvio.

Il riconoscimento dell'incentivo sarà funzione della presenza dei verbali degli incontri di AFT riportante in calce la firma in originale dei MMG presenti e segnalando nello stesso i MMG assenti.

COORDINATORE AFT (0,10 €)

Il riconoscimento dell'incentivo sarà funzione della:

- partecipazione agli incontri periodici organizzati dalla UOC Cure Primarie;
- predisposizione dei verbali degli incontri di AFT riportanti in calce la firma in originale dei MMG presenti e segnalando nello stesso i MMG assenti.

QUOTA "C"

(Pari al 50% della differenza derivante dalla spesa prevista per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale e la quota realmente spesa per la farmaceutica convenzionata)

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

La quota C del Patto aziendale, appropriatezza prescrittiva farmaceutica, prevede la partecipazione dei MMG ai 2 incontri di audit già concordati e definiti in quota B.

Oltre agli incontri, saranno inviati 2 report di monitoraggio all'anno.

Tale reportistica prodotta dall'Azienda ULSS 9, sarà finalizzata a monitorare le proprie performance e a partecipare ad attività di self audit, individuale e/o di gruppo, in relazione alla forma associativa appartenente, sempre al fine di migliorare le performance in relazione agli indicatori del Patto Aziendale in essere.

Nella tabella 1) che segue, sono riportate le disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva.



Tali disposizioni sono richiamate nel presente documento solo ai fini di orientamento per la prescrizione appropriata.

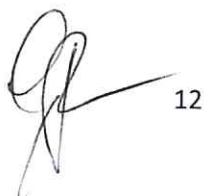
Qualora l'Azienda raggiunga l'obiettivo regionale relativo al costo della farmaceutica convenzionata, in un'ottica di appropriatezza, il 50% dello scostamento positivo tra il risultato raggiunto e l'obiettivo regionale costituirà il budget da ripartire tra i medici con prescrizioni farmaceutiche appropriate. A ciascun MMG che abbia raggiunto l'obiettivo individuale, sarà riconosciuto il 50% della differenza con la soglia regionale, sino a un massimo di 4,00 € pro-capite.

Le quote non assegnate relative al 50% destinato alla Medicina Generale andranno a costituire un fondo per finanziare i progetti della medicina generale atti a migliorare l'assistenza territoriale, concordati in sede di Comitato Aziendale (cure palliative, assistenza domiciliare, forme associative, continuità assistenziale ecc.)

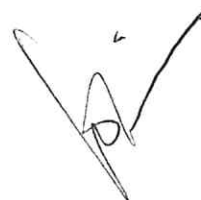


Tabella 1) FARMACEUTICA -

Disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva, come da indicatori sotto riportati	
1. % di pazienti in trattamento con PPI in nota 48 con durata della terapia superiore a 6 settimane < 10% *	
2. % di pazienti in trattamento con EBPM o fondaparinux (esclusi i pazienti oncologici) con una durata della terapia superiore alla durata massima da scheda tecnica ed indicazione terapeutica < 10% *	
3. % di pazienti avviati al trattamento con associazioni fisse ICS LABA che non provengano da un'adeguata terapia con LABA. < 10% *	
4. % di pazienti in trattamento con farmaci per la BPCO senza una conferma spirometrica < 10% *	
5. % di pazienti avviati al trattamento con ezetimibe in associazione (esclusi i pazienti con insufficienza renale cronica) che non provengano da un'adeguata terapia con statina < 10% *	
6. % di pazienti avviati al trattamento con ezetimibe in monoterapia non intolleranti alle statine < 10% *	
7. % di pazienti avviati al trattamento con statina con una distanza dall'obiettivo lipidico inferiore al 10% < 10% *	
8. % di pazienti avviati al trattamento con vitamina D nativa(colecalciferolo e calcifediolo) senza ipovitaminosi accertata o fortemente sospetta (esclusi i pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi) < 10% *	
9. % di pazienti avviati al trattamento con antipertensivi in associazioni fisse con calcioantagonista che non provengano dagli stessi principi attivi in associazione estemporanea < 10% *	
10. % di pazienti in trattamento con farmaci antipertensivi aderenti al trattamento > 80% *	
11. % di pazienti in trattamento con statine aderenti al trattamento > 80% *	
12. % di pazienti in trattamento con antidiabetici aderenti al trattamento > 80% *	
13. % di pazienti in trattamento con farmaci per la BPCO aderenti al trattamento > 80% *	
14. % di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi aderenti al trattamento > 80% *	
15. % di pazienti con pregresso evento cardiovascolare in trattamento con statine > 80% *	
16. % di pazienti con riacutizzazione in trattamento con ICS > 80% *	
17. % di pazienti con pregressa frattura vertebrale o di femore in trattamento con vitamina D e farmaci per l'osteoporosi > 80% *	
18. % di pazienti di età >75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC IV < 10%	



12



TEMPISTICA

Per l'anno 2019, entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente patto, l'Azienda invierà a tutti i MMG copia del patto con il contratto di adesione.

Entro 60 giorni dalla firma del contratto di adesione al presente Patto, ai medici che hanno aderito verrà corrisposto un acconto pari al 40% delle Quote A e B.

Il saldo delle quote A e B e la eventuale quota C sarà corrisposto non appena conclusa la valutazione congiunta, e comunque non oltre il mese di settembre dell'anno successivo.

L'azienda si impegna a

1. Dare tempestiva attuazione al Piano di Sviluppo delle Cure Primarie, come approvato dalla Regione Veneto.

Alla firma del presente Patto dovranno essere chiusi entro 60 gg. i conteggi dei patti precedenti relativi agli anni 2015 2016 e 2017 e saldati i relativi importi.

2. entro 60 giorni dalla firma viene istituito un data group paritetico di (6 componenti), che fa riferimento al nucleo di monitoraggio aziendale, per l'analisi dei dati forniti dai medici finalizzato a ricerche, alla governance e alle eventuali modifiche dei contenuti del presente patto per gli anni successivi.

3. L'ULSS porterà nella prima riunione del nucleo di monitoraggio aziendale il valore del residuo della quota B e fondo derivante da quanto previsto dalla quota C del patto aziendale 2018 per dividerne la destinazione .

Il Nucleo di Monitoraggio si fa carico di vigilare sul rispetto delle tempistiche suelencate, e di valutare e proporre soluzione agli eventuali ostacoli di tipo tecnico od organizzativo che si dovessero evidenziare.



13



ALLEGATO 1 SCHEDA RILEVAZIONE DATI PER I DIABETICI 2019-2021

SCHEDA RILEVAZIONE DATI PAZIENTE DIABETICO ANNO 2018				
	nome	cognome	data di nascita	data di morte
1	C.F. medico		16 caratteri	
2	data rilevazione (data estrazione file)		gg/mm/aaaa	
3	consenso invio dati (esplicito o da elenco USI)		si/no	
4	C.F. assistito (solo se consenso si)		16 caratteri	
5	data rilevazione diagnosi diabete		gg/mm/aaaa	
6	esenzione 013		si/no	
7	paziente non ambulabile (attivazione AD o registrazione problema V60.6)		si/no	
8	fumo (registrazione nell'anno)		si/no	10
9	circonferenza addominale (almeno 1 misura nell'anno)		cm	10
10	BMI (almeno 1 nell'anno)*		cm	10
11	attività fisica (registrazione nell'anno)		si/no	8
12	attività di counselling (consegna/controllo diario glicemico)		si/no	
13	Trattato con sola dieta		si/no	
14	Trattato con farmaci con ATC A10A* (insuline ed anal.)		si/no	
15	Trattato con farmaci con ATC A10B* (ipoglic. escl. e le insuline)		si/no	
16	Trattato con farmaci con ATC A10X* (altri farmaci)		si/no	
17	Trattato con farmaci con ATC C09* (s. renina angiotensina)		si/no	
18	Trattato con farmaci con ATC C10* (modificatrici lipidi)		si/no	
19	Trattato con farmaci con ATC B01AC* (antiag. esc. eparina)		si/no	
20	N. Hb glicate misurate negli ultimi 12 mesi (almeno 2)		numero	2
21	almeno una rilevazione di Hb glicata negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa % oppure mmol/L	10
22	almeno una PAS negli ultimi 6 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mmHg	4
23	almeno una PAD negli ultimi 6 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mmHg	4
24	almeno una registrazione LDL negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/dl	10
25	almeno una registrazione di HDL negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/dl	3
26	almeno una registrazione COL TOTALE negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/dl	3
27	almeno una registrazione TG negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/dl	5
28	almeno una registrazione di creatininemia negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/dl	3
29	almeno una registrazione GFR (velocità di filtrazione glomerulare calcolata)		gg/mm/aa ml/min/1.73m2	-
30	almeno una registrazione microalbuminuria (ACR) negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa mg/mmmoli	4
31	almeno una registrazione esame urine negli ultimi 12 mesi		gg/mm/aa si/no	2
32	almeno un esame fundus oculi o visita oculistica eseguito negli ultimi 24 mesi		gg/mm/aa si/no (*)	2
33	almeno una ispezione piede negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)		gg/mm/aa numero	10
34	Retinopatia		si/no	
35	Pregressa angina pectoris		si/no	
36	Pregresso infarto del miocardio		si/no	
37	Pregresso TIA		si/no	
38	Pregresso ictus		si/no	

*considerato come eseguito nei pazienti non ambulabili (risponde sì al punto 7)

[Handwritten signature]

[Handwritten signature] 14

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**ALLEGATO 2 : SCHEDA RILEVAZIONE DATI PER I PAZIENTI
IN TERAPIA CON AVK/NOACS 2019-2021**

ALLEGATO 2 - ACCORDO AZIENDALE MEDICINA GENERALE

SCHEDA RILEVAZIONE DATI DEI PAZIENTI SCOAGULATI PER FANV	
data	specifiche
1 C.F. medico	16 caratteri
2 data rilevazione (data estrazione file)	gg/mm/aaaa
3 consenso invio dati (esplicito o da elenco USL)	si/no
4 C.F. assistito (solo se consenso si)	16 caratteri
5 data inizio scoagulazione (data prima prescrizione AVK o NOACS)	gg/mm/aaaa
6 per il pz in AVK: Registrazione INR (almeno 0,8/mese oppure 5/semestre, oppure 10/anno)	numero registrazioni
7 prescrizione principio attivo B01A (almeno 1 nel periodo di osservazione)	si/no
8 shift nel periodo di osservazione vs NOACS	si/no
9 data prima prescrizione NOACS (se risponde si al punto precedente)	gg/mm/aaaa
10 per il pz in NOACS: registrazione valore creatinina (almeno 1/semestre)	mg/dl oppure µmoli/L
11 evento emorragia digestiva ICD9 578 (data registrazione)	gg/mm/aaaa
12 evento emorragia cerebrale ICD9 431 (data registrazione)	gg/mm/aaaa
13 evento trombotico/embolia arteriosa ICD9 444; 445.0; 434 (data registrazione)	gg/mm/aaaa
14 indicazione alla TAO	v.di legenda

Indicazioni alla terapia Anticoagulante Orale

1 Fibrillazione atriale
2 Protesi valvolari cardiache
3 Malattie valvolari cardiache
4 Trombosi cardiaca endocavitaria
5 Cardiomiopatia dilatativa
6 Infarto miocardico acuto
7 Altre indicazioni cardiologiche
8 Arteriopatie periferiche
9 Tromboembolismo venoso (TVP, embolia polmonare)
10 Sdr da anticorpi antifosfolipidi

COMPONENTI DELLA DELEGAZIONE TRATTANTE

Ulss 9 – Cure Primarie Distretti 1 e 2 - Dr.ssa Pia Poppini _____

Ulss 9 - Cure Primarie Distretto 3 - Dr. Ferdinando Vaccari _____

Ulss 9 - Cure Primarie Distretto 4 - Dr.ssa Viviana Coffele _____

Rappresentante FIMMG _____

Rappresentante SNAMI _____

Rappresentante SMI _____

Data: 29 MAG. 2019 _____