



AZIENDA U.L.S.S. N. 16 - PADOVA

ACCORDO AZIENDALE CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

“APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL’ASSISTENZA NELLE CURE PRIMARIE”

ANNO 2012

1. Premesse:

Il presente accordo, in continuità con i principi ispiratori dei patti precedenti, è centrato sul governo clinico delle cure primarie, inteso quale orientamento sistematico al miglioramento della qualità dell’assistenza, gestito a tutti i livelli di responsabilità: singolo medico, forma associativa, distretto socio-sanitario ed Azienda nel suo insieme.

Il ruolo delle cure primarie, negli ultimi anni, sta attraversando una fase di radicale cambiamento; da una erogazione parcellizzata di prestazioni, infatti, attraverso lo sviluppo di percorsi ben definiti e condivisi, si sta raggiungendo una sempre maggiore integrazione con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali, fino a condividere gli obiettivi aziendali e a dare piena collaborazione per il raggiungimento dei risultati. Questa nuova posizione, di primo piano, è stata gradualmente rafforzata nel tempo, grazie all’implementazione delle forme aggregate, alla sempre maggiore integrazione con le altre professionalità, e al forte sviluppo del sistema informativo e degli strumenti informatici e telematici.

In virtù di questo ruolo la Regione Veneto ha pertanto, con il progetto cure primarie 2011/12 (DGR 41 del 18.01.2011), definito direttamente gli indirizzi per l’attuazione degli accordi con la medicina convenzionata, fissando gli obiettivi di sistema ed il modello funzionale di riferimento. La Regione, tramite il supporto tecnico di una commissione, esercita anche le funzioni di monitoraggio, di verifica e di controllo. L’azienda ULSS, previo visto di esecutività della commissione regionale, fissa pertanto con il presente patto una serie di progetti di appropriatezza, esplicitandone obiettivi, azioni ed indicatori per la misurazione dei risultati.

2. Contesto:

L’invecchiamento della popolazione registrato nelle ultime decadi è un fenomeno demografico che sta riguardando l’intera popolazione mondiale, ed in particolare i paesi industrializzati. Questo fenomeno risulta particolarmente evidente in Italia, dove nei prossimi quarant’anni la popolazione

ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente. È possibile prevedere che l'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche, come demenza, osteoporosi, malattia cardiovascolare, diabete o BPCO; tutte queste patologie, infatti, presentano un aumento di prevalenza all'aumentare dell'età, ed hanno un forte impatto sulla disabilità. Secondo recenti dati Istat oggi è ultrasessantacinquenne circa un quinto della popolazione del Veneto. Se i trend demografici correnti non subiranno modificazioni sostanziali, è possibile prevedere tuttavia che gli ultrasessantacinquenni, nel 2050, costituiranno oltre il 30% della popolazione della Regione. Tale fenomeno demografico sta determinando un radicale cambiamento nei bisogni di salute della popolazione, al quale l'assistenza sanitaria deve adeguarsi modificando i propri modelli organizzativi. Parallelamente alla rivisitazione del ruolo dell'ospedale per acuti è necessario sviluppare il sistema dei servizi territoriali e dell'assistenza primaria, per dare risposte appropriate ai problemi della cronicità, attraverso un'efficiente messa in rete di tutte queste risorse per garantire la continuità dell'assistenza. L'assistenza primaria nel prossimo futuro si troverà di fronte ad alcune sfide, come l'essere in grado di affrontare la cronicità e la comorbidità, ridurre gli interventi medici non appropriati, mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche della pratica stessa (ossia la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità, il coordinamento dell'assistenza), migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione, integrarsi con le altre professionalità dell'assistenza primaria in una logica di maggiore responsabilizzazione delle stesse.

Per tal motivo gli orientamenti strategici della Regione Veneto e dell'Azienda ULSS 16 negli anni 2003-2009 hanno riguardato i seguenti obiettivi:

- affrontare i principali problemi di salute nella comunità,
- concorrere ai processi di governo della domanda,
- puntare alla presa in carico dei pazienti in modo globale e completo,
- favorire la continuità assistenziale,
- promuovere l' "equità" nell'accesso e nella fruizione dei servizi di primo livello,
- sviluppare in forma continuativa la qualità professionale,
- promuovere l'appropriatezza clinica, valutare gli esiti di salute generata,
- favorire l'empowerment del paziente nel processo di cura e valutare con sistematicità la soddisfazione dell'utenza.

Il presente accordo, in continuità con i precedenti, sviluppa, partendo dalle esperienze pregresse, alcuni progetti di appropriatezza che in base all'obiettivo generale perseguito possono essere distinti in aree tematiche. Per ogni progetto vengono identificate le principali azioni e gli indicatori per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo.

3. Indirizzi di riferimento

La stesura del presente atto si colloca all'interno dell'attuazione della DGR 41 del 18.01.2011 – "Attuazione degli AACCN per la medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi" in un'ottica di continuità con gli indirizzi stabiliti dalla DGR 1417 del 18.05.2010. Nello specifico il progetto cure primarie è centrato su obiettivi legati al miglioramento dell'appropriatezza e della continuità assistenziale.

Uno degli aspetti chiave di tale progetto è la necessità di passare, sia a livello ospedaliero che territoriale, da una "medicina di attesa" ad una "medicina di iniziativa", orientata alla promozione attiva della salute, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, alla responsabilizzazione del paziente, al coinvolgimento di tutte le possibili risorse al fine di migliorare la gestione dei percorsi assistenziali e la continuità dell'assistenza. Un altro degli aspetti chiave, molto legato al precedente, è dato dal miglioramento dell'accessibilità ai servizi per il cittadino, per dare risposte al paziente

cronico sette giorni su sette e 24 ore su 24. Anche in tale senso il Medico di Medicina Generale gioca un ruolo primario, grazie alla promozione delle forme associative, dell'integrazione con gli altri punti della rete assistenziale, e dello sviluppo di iniziative di continuità assistenziale, in particolare tra ospedale e territorio. Iniziative in questa direzione sono già state proposte con i patti aziendali precedenti, nei quali avevano trovato spazio progetti di miglioramento della continuità assistenziale e della presa in carico a livello territoriale. Ciò nonostante, con la DGR 41/2011, vengono fissati a livello regionale gli obiettivi di sistema che Aziende Sanitarie e Medicina Convenzionata devono seguire. Una serie di ulteriori obiettivi di appropriatezza, coerenti con quelli generali, diventano invece oggetto di contrattazione a livello aziendale.

4. Obiettivi di Sistema

Con la DGR 41 del 18.01.2011 viene proposto per la prima volta un "patto reciprocamente vincolante tra Regione e medici convenzionati" legato al raggiungimento di alcuni obiettivi di sistema, finalizzati al miglioramento del Sistema Socio-Sanitario Regionale.

Tali obiettivi riguardano:

- lo sviluppo sul territorio regionale di un modello di "rete assistenziale" che veda coinvolti, oltre ai MMG, anche i medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali interni, prevedendo una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento della copertura oraria degli ambulatori) ma anche rispetto a specifici obiettivi di salute (ad esempio continuità delle cure per i pazienti post-acuti in dimissione dall'ospedale o per i pazienti fragili con patologia cronica stabilizzata).
- l'attuazione alle Reti Funzionali Territoriali (RTF) tramite obiettivi di salute e modalità organizzative del servizio (verso la continuità assistenziale h12)
- la valorizzazione della continuità dell'assistenza territoriale mediante lo sviluppo delle aggregazioni funzionali territoriali dei MMG
- il governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza necessari ai fini di migliorare la qualità del servizio e di consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale. Tali percorsi devono essere nella logica del modello della medicina di iniziativa.
- il completamento dell'attivazione del flusso informativo per le prestazioni relative all'accordo collettivo nazionale e regionale, al DM del 26 Febbraio 2010 (certificati telematici di malattia) oltre che per la gestione dei patti aziendali e degli obiettivi di sistema stessi
- Utilizzare tutti questi strumenti soprattutto per le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alla Azienda di appartenenza e, conseguentemente anche ai medici di Assistenza Primaria

Alla luce di questi obiettivi di sistema, un ruolo strategico viene assunto dagli obiettivi di appropriatezza.

5. Aree tematiche e obiettivi di appropriatezza

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo di progetti di appropriatezza sono, in linea con gli obiettivi di appropriatezza stabiliti dalla Regione Veneto:

- Area dei ricoveri ospedalieri
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

I progetti sono legati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano biennale di attività 2011 e 2012 dell'Azienda ULSS16, sviluppato in relazione alla DGR 3140 del 14.12.2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori.

5.1 Ricoveri Ospedalieri

Il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ULSS 16 ha subito negli ultimi anni una significativa riduzione, passando da 172 ricoveri per 1.000 residenti dell'anno nel 2007, a circa 150 per 1.000 per l'anno 2010 (stima). Ciò è stato in parte realizzato agendo sulla riduzione dei ricoveri brevi ad elevato rischio di in appropriatezza attraverso l'attivazione di percorsi sia diagnostici che terapeutici sostitutivi del ricovero.

Obiettivo del progetto "Dimissioni Protette" è contribuire al raggiungimento della riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato come richiesto da DGR 3140/2010, grazie ad una serie di azioni sul fronte delle cure primarie finalizzate alla riduzione di ricoveri ricorrenti nel paziente fragile:

- Disponibilità al consulto dei medici di medicina generale al momento della dimissione del paziente fragile.
- Implementazione delle UVMD alla dimissione dall'ospedale per pazienti non in ADI o con modificazione dei bisogni assistenziali
- Potenziamento dei percorsi territoriali e di collaborazione ospedale-territorio al fine di favorire la permanenza al domicilio dei pazienti con patologie croniche (BPCO, Ictus, Scompenso Cardiaco) evitando dunque ricoveri impropri legati alla riacutizzazione o cattiva gestione di tali patologie (Progetto Anziano)
- Segnalazione da parte dei medici di cure primarie delle dimissioni inappropriate.
- Trasmissione dei dati clinici (Registro di patologia).

Gli indicatori identificati per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo nel corso del 2012 (a partire dalla data di adesione al presente accordo) sono:

- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per medico (valore soglia < 140 ricoveri per 1000 assistibili)
- Trasmissione dei dati del registro di patologia cronica da parte del MMG (vedi allegato 1)
- % di soggetti con patologia cronica (Progetto Anziano) con accessi ambulatoriali o domiciliari del medico nei 15 giorni successivi ad una dimissione dall'ospedale (valore soglia: > 80 %)

5.2 Prestazioni Specialistiche

5.1.1 Progetto "ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche"

Con la DGR 3140/2010 la Regione Veneto pone come indirizzo per le aziende ULSS da l'ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante, ponendo come obiettivo da raggiungere per il 2011 un numero di prestazioni pro capite /anno (escluse le prestazioni di laboratorio) inferiore a 4. Premesso che il raggiungimento dell'obiettivo è legato a numerosi fattori,

l'azienda ULSS 16 di padova si è impegnata a coinvolgere i MMG/PLS nel raggiungimento di tale obiettivo strategico, la cui verifica del risultato sarà condivisa dalle parti.

La riduzione del numero di prestazioni pro-capite prescritte deve essere raggiunta mediante:

- Applicazione di PDTA, finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza diagnostico-prescrittiva, soprattutto laddove tale inappropriatezza determini sovraprescrizione.
- Definizione e applicazione di nuovi PDTA.

L'indicatore identificato per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo nel corso del 2012 (a partire dalla data di adesione al presente accordo) è, come da indicazione della DGR 3140/2010:

- Tasso annuo standardizzato di prestazioni specialistiche pro capite, esclusa la diagnostica di laboratorio e le prestazioni di riabilitazione strumentale (valore soglia < 4 anno).

Per tale obiettivo, nel momento in cui l'Azienda ULSS o la Regione individuassero strumenti di governo delle prestazioni specialistiche, condivisi con le organizzazioni sindacali, questo andrà a concorrere nella determinazione del risultato finale.

5.1.2 Progetto "Diabete"

Il diabete mellito, con le sue complicanze, rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari e, allo stesso tempo, una delle prime voci di spesa sanitaria nei paesi industrializzati. I dati a livello internazionale (World Health Organization – Organizzazione Mondiale della Sanità) evidenziano ubiquitariamente un aumento della prevalenza di tale patologia, al punto da indurre a parlare di "epidemia mondiale del diabete". Anche a livello sociale, il diabete rappresenta una delle patologie più rilevanti in quanto, a causa soprattutto delle sue complicanze croniche (nefropatia, retinopatia, neuropatia, macroangiopatia), produce un tasso di mortalità doppio rispetto a quello della popolazione non diabetica. In applicazione della DGRV n° 3485 del 17 novembre 2009 "Approvazione Progetto Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito" la direzione sanitaria dell'ULSS 16 ha istituito una "Commissione Aziendale per le Attività sul Diabete" al fine di promuovere il piano delle attività relative al diabete (prevenzione, diagnosi, cura, ecc.).

Nel Marzo 2010 la commissione, presieduta dal Direttore Sanitario, ha iniziato i lavori di stesura del piano aziendale per la prevenzione e l'organizzazione dell'assistenza al paziente diabetico, che è stato successivamente presentato alla Regione. Nell'ambito di tale progetto sono stati proposti percorsi diagnostico-terapeutici (omogenei) condivisi tra medici di cure primarie e specialisti.

Obiettivo del progetto è quello di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche nel diabete mellito. Le azioni individuate per raggiungere tale obiettivo sono:

- Diffusione dei percorsi individuati per l'assistenza integrata al paziente diabetico nel territorio
- Autovalutazione sistematica nei Gruppi Territoriali Omogenei delle abitudini prescrittive per quanto riguarda il diabete mellito.

Gli indicatori identificati per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo nel corso del 2012 (a partire dalla data di adesione al presente accordo) sono:

- Trasmissione dei dati degli assistiti con diabete da parte del MMG (vedi allegato 2)

La trasmissione dei dati permette di poter ottenere gli indicatori già indicati nel piano, sulla base dei quali poter avviare i momenti di autovalutazione nei GTO. I criteri di presa in carico del diabetico

suggeriscono effettuazione di: HbA1c ogni 6 mesi, ECG ogni anno, Fundus oculi ogni anno, Microalbuminuria ogni anno, Creatinina ogni anno ed Assetto lipidico ogni anno.

5.3 Farmaceutica

Il progetto di razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica è finalizzato ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva di alcuni farmaci di particolare rilievo. Si pone l'obiettivo di raggiungere gli standard di appropriatezza prescrittiva secondo il progetto ARPA (Appropriatezza e Razionalizzazione delle Prescrizioni attraverso l'Autoanalisi) al fine di razionalizzare la spesa farmaceutica come da indicazioni delle DGR 3140/2010.

Le azioni individuate per raggiungere tale obiettivo sono:

- Presentazione del progetto ARPA ai MMG e consegna di report con stato di raggiungimento obiettivi nell'anno precedente.
- Monitoraggio trimestrale degli indicatori dei "Patti Aziendali" che prevedono uno spostamento delle prescrizioni verso farmaci a brevetto scaduto nell'ambito delle seguenti categorie omogenee: antipertensivi, inibitori di pompa, antimicrobici, bifosfonati, statine.
- Incontri con tutti i MMG, suddivisi per GTO, con discussione dei dati di spesa e consegna di report personalizzati.
- Periodica informazione ai MMG dei farmaci disponibili/in dotazione per la distribuzione diretta.

L'indicatore principale per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo è, come da DGR 3140/2010, il Costo pro capite standardizzato per l'assistenza farmaceutica convenzionata (valore soglia: < 145 €).

Oltre a questo Sono stati identificati 10 indicatori tra quelli presenti nel progetto ARPA (vedi Allegato 3).

Per tale obiettivo, nel momento in cui la Regione individuasse strumenti di governo della farmaceutica, condivisi con le organizzazioni sindacali, questo andrà a concorrere nella determinazione del risultato finale.

6. Requisiti per l'adesione al patto e modalità di adesione

L'adesione all'Accordo Aziendale non costituisce un mero atto burocratico ma l'espressione di una precisa volontà di collaborazione tra i MMG e l'Azienda ULSS 16, allo scopo di perseguire in collaborazione precisi obiettivi di salute della comunità locale e di miglioramento continuo del sistema di offerta dell'assistenza primaria.

Il medico che aderisce all'accordo aziendale si impegna in particolare a partecipare alle UVMD richieste dal MMG o da qualsiasi soggetto avente diritto;

- partecipare attivamente alla presa in carico del paziente in dimissione protetta, secondo le procedure previste dagli accordi regionali e locali;
- essere referente clinico e, quando deciso in UVMD, organizzativo nella gestione integrata del malato terminale, in accordo con le linee guida stabilite negli accordi regionali, al fine di mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- partecipare attivamente alle riunioni del proprio GTO, allo scopo di analizzare i report inviati dal Distretto e di condividere obiettivi e azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza;

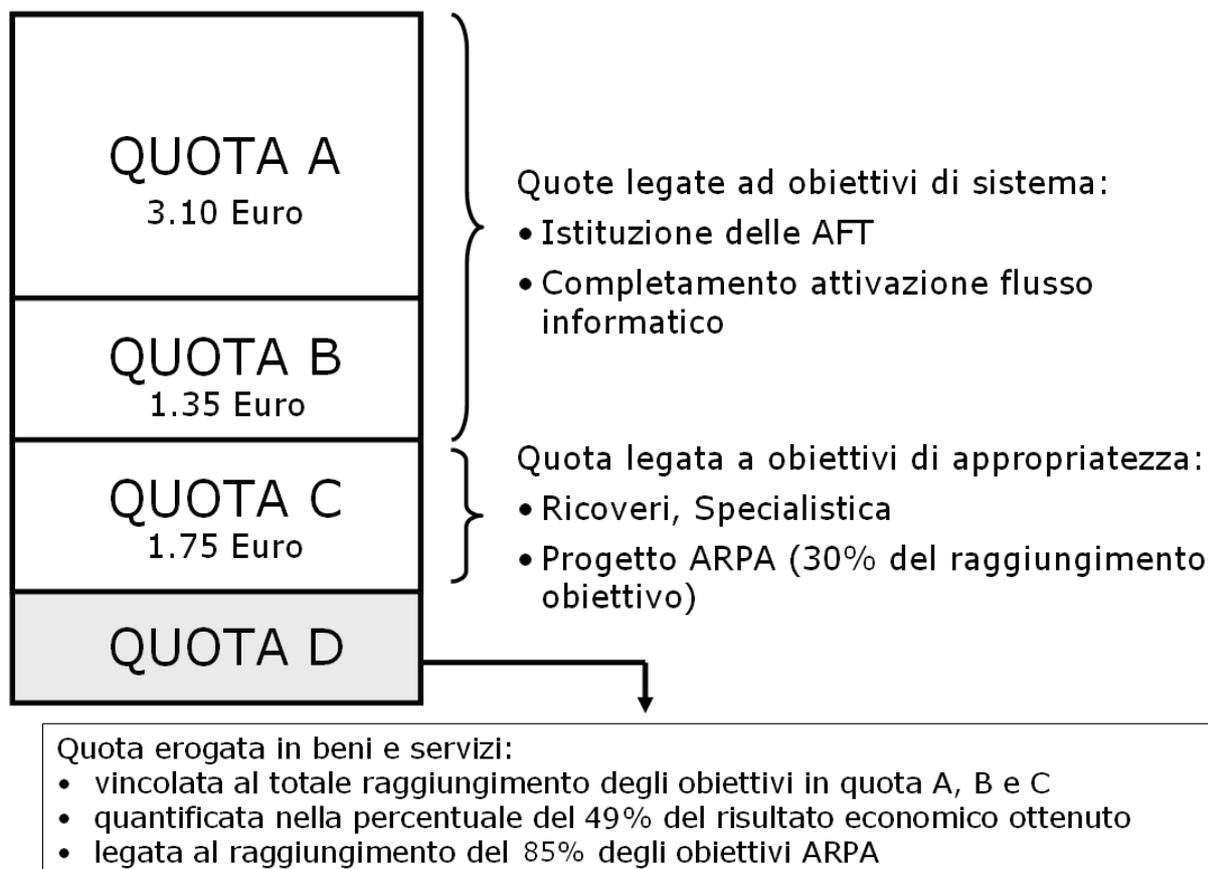
- promuovere la distribuzione diretta dei farmaci del PHT nel rispetto delle esigenze dell'assistito;
- partecipare, se richiesto, a colloqui periodici, nell'ambito dell'UCAD, per la verifica ed il miglioramento delle abitudini prescrittive;
- collaborare con l'Azienda ULSS 16 per lo sviluppo e la diffusione di un sistema informativo ed informatico integrato

L'esecuzione delle attività precisate costituisce un requisito indispensabile per poter aderire all'accordo aziendale.

7. Strutturazione del patto:

L'accordo è strutturato in tre sezioni, in base agli obiettivi perseguiti ed alle modalità di incentivazione,:

- 1) E' remunerato con la **quota A (€ 3,10)** e con la **quota B (€ 1,35)** prevista nell'Accordo regionale il raggiungimento di alcuni obiettivi di sistema, come da indicazioni nazionali e regionali:
 - Sviluppo del modello di reti assistenziali che vedano coinvolti i MMG prevedendo una rimodulazione dell'offerta in termini di accessibilità ma anche rispetto ad obiettivi specifici di salute; i medici singoli e in associazione potranno passare alla modalità associativa prevista dalla DGR 41/2011.
 - Completamento dell'attivazione del flusso informativo per le prestazioni relative all'ACN e ACR (DM 26 febbraio 2010 – certificati telematici).
- 2) I progetti di appropriatezza, finalizzati al governo della domanda, sono remunerati con la **quota C (€ 1,75)**, prevista nell'Accordo regionale e determinata da riallocazione di risorse recuperate grazie al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza. In particolare l'erogazione di tale quota è legata al raggiungimento degli obiettivi, di cui all'allegato 3: sull'ospedalizzazione, sulla specialistica, e al raggiungimento del 30% degli obiettivi del progetto ARPA.
- 3) Dall'applicazione dell'appropriatezza, riferita al progetto ARPA, può derivare una **quota D**, quantificata nella percentuale del 49 % del risultato economico ottenuto raggiunto l'obiettivo regionale sul costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite (DGRV 3140/2010), la cui erogazione avviene in beni e servizi. Condicio sine qua non per poter usufruire di tale quota è l'aver raggiunto gli obiettivi per le quote A, B e C. In particolare l'erogazione della quota D è legata al raggiungimento di almeno il 85% degli obiettivi del progetto ARPA. L'erogazione del 100% della quota D avverrà necessariamente sulla base dei risultati ottenuti a seguito delle azioni portate avanti come singolo medico. Il punto di partenza per calcolare il risultato economico sulla spesa farmaceutica sarà identificato dal valore riportato dai flussi regionali del mese in cui viene sottoscritto il patto.



Gli obiettivi saranno eventualmente valutati e verificati in relazione a cambiamenti normativi o nel contesto socio-economico e/o a modificazioni della programmazione regionale e aziendale.

La sottoscrizione del contratto è individuale; ciascun MMG dovrà firmare e restituire all'Ufficio Convenzioni la scheda di contratto annuale. Il presente accordo ed il contratto individuale che ne deriva, avrà una durata annuale, dalla data della sottoscrizione da parte delle organizzazioni sindacali e del Direttore Generale.

Sottoscritto in data

Il Direttore Generale
Dott. Adriano Cestrono

Il Fiduciario Aziendale FIMMG
Dott. Cosimo Guerra

Il Fiduciario Aziendale SNAMI
Dott. Antonio Tarakdjian

Il Fiduciario Aziendale SMI
Dott. Flavio Rosada

Il Fiduciario Aziendale SUMAI MMG
Dott. Ildo Antonio Fania

ALLEGATO 1: Tracciato record dati del registro di patologia dei MMG.

Obbligatorio	descrizione campo	tipo	istruzioni per la codifica
--------------	-------------------	------	----------------------------

A – SCOMPENSO CARDIACO

SI	Cognome	Testo	
SI	Nome	Testo	
SI	Codice Fiscale	Testo	
SI	Data Dimissione ricovero	Data	
SI	Data prima visita ambulatoriale successiva al ricovero	Data	
SI	Data prima visita domiciliare successiva al ricovero	Data	
SI	Data primo contatto telefonico successivo al ricovero	Data	
SI	Terapia con ACE INIBITORE	Num	1 = NO ; 2 = SI

B – ICTUS

SI	Cognome	Testo	
SI	Nome	Testo	
SI	Codice Fiscale	Testo	
SI	Data Dimissione ricovero	Data	
SI	Data prima visita ambulatoriale successiva al ricovero	Data	
SI	Data prima visita domiciliare successiva al ricovero	Data	
SI	Data primo contatto telefonico successivo al ricovero	Data	

C – BPCO

SI	Cognome	Testo	
SI	Nome	Testo	
SI	Codice Fiscale	Testo	

SI	Data Dimissione ricovero	Data	
SI	Fumatore	Num	1 = NO ; 2 = SI
SI	Data prima visita ambulatoriale successiva al ricovero	Data	
SI	Data prima visita domiciliare successiva al ricovero	Data	
SI	Data primo contatto telefonico successivo al ricovero	Data	
SI	Terapia con Broncodilatatori	Num	1 = NO ; 2 = SI
SI	Vaccinazione antinfluenzale nella stagione in corso		

ALLEGATO 2: Tracciato record dati del registro diabete.

DIABETE

Per ciascun paziente con Diabete il medico di medicina generale trasmette i seguenti dati

SI	Cognome	Testo	
SI	Nome	Testo	
SI	Codice Fiscale	Testo	
SI	Data HBA1c (1)	Data	
SI	Data HBA1c (2)	Data	
SI	Data ultimo ECG	Data	
SI	Data ultimo Fundus Oculi	Data	
SI	Data ultima microalbuminuria	Data	
SI	Data ultima creatinina	Data	
SI	Data ultimo Colesterolo Totale	Data	
SI	Valore ultimo Colesterolo Totale	num	
SI	Data ultimo Trigliceridi	Data	
SI	Valore ultimo Trigliceridi	num	
SI	Data ultimo Colesterolo HDL	Data	
SI	Valore ultimo Colesterolo HDL	num	

ALLEGATO 3: Tabella riassuntiva: obiettivi di appropriatezza, azioni ed indicatori.

Area Tematica	Progetto	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Punteggio
Ricoveri	Dimissioni Protette	Riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato come da DGR 3140/2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità al consulto 2. UVMD per pazienti non in ADI o con modificazione del bisogno 3. Presa in carico appropriata dei pz dimessi 4. Sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (Progetto Anziano) 5. Segnalazione dimissioni inappropriate 6. Trasmissione dati clinici 	1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per medico (valore soglia: < 140 ‰)	1
				2. % di soggetti con patologia cronica con accessi ambulatoriali o domiciliari del medico nei 15 giorni successivi ad una dimissione dall'ospedale (valore soglia: > 80 %)	1
				3. Invio dati del registro di patologia dei MMG	1
Specialistica	Prestazioni specialistiche	Appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche come da DGR 3140/2010	1. Riduzione del numero di prestazioni pro-capite prescritte ad ogni assistito	1. Tasso standardizzato esclusa la diagnostica di laboratorio e le prestazioni di riabilitazione strumentale (valore soglia: < 4 prestazioni / assistito)	1
	Diabete	Appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche nel Diabete Mellito	1. Diffusione dei Percorsi individuati per l'assistenza integrata nel territorio del paziente diabetico	1. Invio dati sui pazienti diabetici dei MMG	1
Farmaceutica	Incremento della appropriatezza a prescrittiva per alcuni farmaci di particolare rilievo	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzazione della spesa farmaceutica come da DGR 3140/2010 - Raggiungimento degli standard di appropriatezza delle prescrizioni secondo il Progetto ARPA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del progetto ARPA ai MMG e consegna di report con stato di raggiungimento obiettivi nell'anno precedente. 2. Consegna di report ai GTO a scadenze stabilite 	Costo pro capite standardizzato per l'assistenza farmaceutica convenzionata (valore soglia: < 145 €)	1
				Quota di <u>nuovi trattati</u> con antipertensivi diversi dai sartani uguale o superiore al 92% sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi.	0,07
				Quota di <u>trattati</u> con sartani a	0,15

				brevetto scaduto , da soli o associati a diuretico, <u>uguale o superiore al 33%</u> sul totale dei trattati con sartani da soli o associati a diuretico.	
				Quota di <u>trattati</u> con ACE inibitori a brevetto scaduto , da soli o associati a diuretico, <u>uguale o superiore al 94%</u> sul totale dei trattati con ACE inibitori da soli o associati a diuretico.	0,04
				Quota di <u>trattati</u> con calcio-antagonisti ad effetto vascolare a brevetto scaduto <u>uguale o superiore al 87%</u> sul totale dei trattati con calcio-antagonisti ad effetto vascolare.	0,10
				Quota di <u>trattati</u> con inibitori di pompa a brevetto scaduto <u>uguale o superiore all'99%</u> sul totale dei trattati con PPI	0,01
				Quota di <u>trattati</u> con amoxicillina (da sola o in associazione ad acido clavulanico) <u>uguale o superiore al 50%</u> sul totale dei trattati con antibiotici.	0,02
				Quota di <u>trattati</u> con fluorochinoloni/macrolidi a brevetto scaduto <u>uguale o superiore al 75%</u> sul totale dei trattati con fluorochinoloni/macrolidi.	0,01
				Quota di <u>trattati</u> con bifosfonati a brevetto scaduto <u>uguale o superiore al 70%</u> sul totale dei trattati con farmaci della nota 79 (esclusi teriparatide e ormone paratiroideo).	0,06
				Quota di <u>trattati</u> con statine a	0,48

				brevetto scaduto uguale o superiore al 70% sul totale dei trattati con statine.	
				Quota di trattati in terapia continuativa con statine di almeno il 70% del totale dei trattati con statine.	0,02
		-		Quota di trattati con SSRI a brevetto scaduto uguale o superiore al 78% sul totale dei trattati con SSRI	0,04