

REGIONE VENETO
AZIENDA ULSS 18
ROVIGO



Contratto d'Esercizio
Azienda ULSS 18 – Rovigo – “*Medicina di Gruppo Integrata*
Sperimentale “Medici Più” di Lendinara”

Anni 2015 - 2019

Anno 2016

	FATTORI DI QUALITÀ	OBIETTIVI	RISORSE
IMPEGNO PROFESSIONALE	Globalità ed Equità	<ul style="list-style-type: none"> - Revisione della Carta dei Servizi da parte della MGI adeguandola alle funzioni della MGI stessa entro il 30/06/2015. - La Carta dei Servizi verrà successivamente stampata dall'Azienda ULSS e distribuita presso gli studi dei MMG, il Distretto e pubblicata sul sito aziendale. 	Indennità di forma associativa (€ 10,10)
		<p><u>Attività di prevenzione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Registrazione nella scheda sanitaria individuale informatizzata del BMI</u>, delle abitudini al fumo ed all'assunzione di bevande alcoliche, dell'attività fisica, nonché il counselling medico e/o infermieristico sugli stili di vita (fumo, alcool, attività fisica, alimentazione, ecc.) almeno al 50% degli assistiti entro il primo anno. - Disponibilità a collaborare su programmi di educazione sanitaria promossi dal Distretto e/o dal Dipartimento di Prevenzione anche avvalendosi della eventuale collaborazione delle organizzazioni sociali (es. volontariato). "Progetto integrato di promozione della salute" (AFA, Ginnastica dolce ecc..). - <u>Registrazione della carta del rischio cardiovascolare "SCORE o Progetto Cuore"</u> nella scheda sanitaria individuale informatizzata per almeno l'80% degli assistiti di età >= 35 anni, copertura da raggiungersi in 3 anni secondo la seguente cronologia: primo anno 30%, secondo anno 50% e terzo anno 80%. <p><u>Obiettivo screening e vaccinazioni</u> Supporto all'adesione da parte degli assistiti ai programmi di screening approvati dalla Regione ed alle campagne di vaccinazione, anche mediante la promozione attiva verso i non aderenti per raggiungere le seguenti performance intese come raggiungimento a livello di Medicina di Gruppo Integrata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Vaccinazione antinfluenzale</u> almeno il 75% degli ultra65enni - <u>Vitamina D</u> almeno l'80% della popolazione bersaglio..... - <u>Pap test/HPV</u> almeno il 60%..... - <u>Mammografia</u> almeno l'80% - <u>SOF</u> almeno il 65% <p><u>Gli obiettivi dell'attività di prevenzione verranno valutati sul complesso degli assistiti in carico ai MMG della MGI e non per singolo MMG.</u></p>	<p>€ 1,50 Di cui:</p> <p>€ 0,20</p> <p>€ 0,30</p> <p> } <ul style="list-style-type: none"> - € 0,20 - € 0,20 - € 0,20 - € 0,20 - € 0,20 </p>

		<p><u>Assistenza dei malati cronici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione/applicazione nel biennio 2015-2016 dei PDTA del TAO, diabete, BPCO e dello scompenso cardiaco. - Indicatori: - <u>TAO:</u> - <u>Indicatori di processo:</u> presenza del registro di patologia; indicazione della prevalenza della patologia; presa in carico di almeno il 90% dei pazienti in TAO; <u>Indicatori di esito:</u> % di copertura terapeutica, intesa come “tempo trascorso in range (TTR annuale) pari o superiore al 70%; riduzione a max 10% del numero di visite specialistiche cardiologiche (cod. 89.01) per la determinazione del valore INR. - <u>DIABETE:</u> - <u>Indicatori di processo:</u> presenza del registro di patologia; indicazione della prevalenza della patologia; presa in carico (*) di almeno il 70% dei pazienti diabetici di tipo 2 in compenso stabile (si intende: paziente in terapia con soli ipoglicemizzanti orali o in sola terapia dietetica ma con esenzione per patologia); <u>Indicatori di esito:</u> almeno il 50% dei pazienti con emoglobina glicata inferiore a 7,5 (valore medio nel corso dell’anno di riferimento); almeno il 50% di pazienti con pressione inferiore a 140/80 (valore medio nel corso dell’anno di riferimento); almeno il 50% dei pazienti con colesterolo LDL inferiore a 100 (valore medio nel corso dell’anno di riferimento); aumento rapporto prime visite specialistiche / visite di controllo specialistiche rispetto all’anno precedente; aumentare il numero di pazienti che accedono al Centro Antidiabetico con impegnativa rispetto all’anno precedente. (*) Per presa in carico si intende: almeno una registrazione di BMI, fumo, pressione arteriosa, emoglobina glicata, microalbuminuria, colesterolo LDL all’anno; esame del fundus oculi ogni 2 anni; aver effettuato almeno un intervento di counselling per abitudini alimentari e attività fisica nell’anno. - <u>BPCO:</u> - <u>Indicatori di processo:</u> presenza del registro di patologia; indicazione della prevalenza della patologia; presa in carico (***) di almeno il 70% dei pazienti con BPCO; - <u>Indicatori di esito:</u> sulla scorta dei dati di ricovero per riacutizzazione della BPCO dell’anno 2014: riduzione del numero dei ricoveri per riacutizzazione BPCO. (ICD-9-CM 491.21) (***) Per presa in carico si intende: almeno una registrazione di BMI, fumo, vaccinazione antinfluenzale all’anno; spirometria ogni 2 anni; effettuato counselling per attività fisica, fumo e abitudini alimentari. 	<p>€ 4,55 Di cui:</p> <p>€ 1,10</p> <p>{ - € 0,44 - € 0,66</p> <p>€ 1,15</p> <p>{ - € 0,46 - € 0,69</p> <p>€ 1,15</p> <p>{ - € 0,44 - € 0,66</p>
--	--	--	--

- **SCOMPENSO CARDIACO:**

- **Indicatori di processo:** presa in carico(***) di tutti i pazienti in scompenso cardiaco riferibili alla 3° e alla 4° classe NYHA dimessi dall'ospedale (flusso SDO);
- **Indicatori di esito:** sulla scorta dei dati di ricovero per scompenso cardiaco dell'anno 2014 riduzione del numero di ricoveri ripetuti con DRG 127 entro 60 gg. per pazienti in classe NYHA 3° e 4°.

(***) Per presa in carico si intende:

- verifica e monitoraggio della stabilità clinica (peso, obiettività clinica e sintomi) e prevenzione delle cause di in stabilizzazione (scarsa compliance, introito inappropriato di liquidi o sale, PAO non controllata, frequenza ventricolare elevata in caso di fibrillazione atriale, scarsa attività fisica, stress psichico, malattie respiratorie da raffreddamento etc...) e suo eventuale trattamento;
- stimolo e verifica dell'aderenza del paziente al programma terapeutico, farmacologico e non;
- controllo di efficaci, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico;
- educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari.

I PDTA, con gli indicatori sopra esplicitati, dovranno essere implementati dal punto di vista informatico a livello regionale con le singole software house, in relazione a quanto previsto dalla DGR n. 1753/2013 e dal Gruppo regionale per l'informatizzazione, prevedendo una estrazione strutturata a partire dalle schede sanitarie individuali.

La lista degli indicatori verrà sottoposta a revisione annuale.

Gli obiettivi di Assistenza ai malati cronici verranno valutati sul complesso degli assistiti in carico ai MMG della MGI e non per singolo MMG.

Gli incentivi, riferiti agli indicatori di processo e di esito, verranno corrisposti percentualmente (in ugual misura) al raggiungimento degli obiettivi previsti all'interno degli indicatori stessi.

€ 1,15

- € 0,44

- € 0,66

Formazione e audit:

- Partecipazione annuale ad almeno l'80% degli audit aziendali complessivi relativi a: diabete, BPCO, scompenso cardiaco, cure palliative e TAO/NAO, basati sull'analisi degli indicatori e alle relative iniziative di miglioramento (almeno una all'anno). Tali audit, avendo carattere formativo, saranno estesi a tutto il personale della MGI, organizzati per AFT (se già attuata), con attivazione della Continuità Assistenziale. La programmazione degli eventi formativi deve essere comunicata preferibilmente con due mesi di anticipo.
- Attivazione di almeno cinque self-audit organizzativi fra cui anche quelli inerenti la gestione del rischio qualora si verificassero eventi critici, con evidenza di report finale.

€ 1,00

Di cui:

- **€ 0,50**

- **€ 0,50**

IMPEGNO PROFESSIONALE	Tenuta della scheda sanitaria individuale informatizzata	<p><u>Utilizzo di software con caratteristiche di completa interoperabilità tra i medici di famiglia della Medicina di Gruppo Integrata</u></p> <p>Al fine di consentire l'implementazione, lo sviluppo e la trasmissione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profilo sanitario sintetico (patient summary) - documenti a supporto dei PDTA concordati - specifici data set, comuni ai software dei diversi MMG, che devono essere, da un punto di vista logico e operativo, sempre in rete e raggiungibili tra di loro. <p><i>I dati strutturati contenuti nei documenti e nei dataset di cui sopra dovranno essere omogenei sia da un punto di vista sintattico che semantico</i></p>	Secondo quanto previsto nella DGR n. 1753/2013
		<p><u>Indice ITOT (&) da ricavare attraverso idoneo strumento informatico il quale analizzerà i dati presenti all'interno delle cartelle cliniche degli assistiti (sia per Medico 2000 che per Millewin). Tale indice dovrà avere un valore soglia nel primo anno di almeno 0,50 da migliorare progressivamente per raggiungere lo 0,60 nel secondo anno e lo 0,65 il terzo anno</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dall'1/01/2015 inizio codifica e registrazione sistematica nella scheda sanitaria individuale informatizzata delle diagnosi delle patologie a più elevata prevalenza, ossia: diabete, scompenso cardiaco, tumori, cardiopatia ischemica, TIA-ICTUS, BPCO e delle informazioni previste dagli specifici PDTA (es. BMI, abitudini al fumo, ecc.) <p><i>(&) ITOT: Indice di Accuratezza informazioni cliniche all'interno della cartella informatizzata</i></p>	€ 1,35 Quota B) dei Patti
FATTORI ORGANIZZATIVI	Accessibilità	<p><u>La Medicina di Gruppo Integrata deve assicurare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - contattabilità telefonica diretta e disponibilità nella Sede di Riferimento nell'arco delle 12 h (dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00; sabato e prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 10.00) - apertura della Sede di Riferimento per 12 h, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00; sabato e prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 10.00 - presenza del MMG nella sede di riferimento per 12 h, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00; sabato e prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 10,00 favorendo la copresenza di MMG e distribuendo in maniera equa l'orario degli studi tra mattino e pomeriggio - presenza del personale infermieristico/collaboratore di studio per h 12, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00; sabato e prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 10.00 - apertura di almeno uno studio il sabato/prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 10.00 - programmazione degli accessi in studio prevalentemente su prenotazione garantendo nel contempo il libero accesso degli assistiti - implementazione di metodi di medicina di iniziativa per i malati cronici 	€ 3,05

La Medicina Generale partecipa alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza clinica e prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza:

- Raggiungimento dell'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione standardizzato: inferiore o uguale a 135 per mille abitanti;

Valore economico € 0,50:

- Se la MGI raggiunge l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione standardizzato ≤ 135 per mille abitanti a tutti i MMG verrà corrisposto il 100% della quota;
- Se la MGI non raggiunge l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione standardizzato ≤ 135 per mille abitanti le quote verranno così ripartite:
 - ai MMG della MGI che raggiungono individualmente l'obiettivo regionale verrà corrisposto il 100% della quota diminuita del 20%;
 - ai MMG che diminuiscono il tasso di ospedalizzazione rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, di oltre il 5%: corresponsione del 70% dell'obiettivo;
 - ai MMG che diminuiscono il proprio tasso di ospedalizzazione rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, dal 2 al 5% (escluso): corresponsione del 50% dell'obiettivo;
 - ai MMG che diminuiscono il proprio tasso di ospedalizzazione rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, da 0 al 2% (escluso): corresponsione del 30% dell'obiettivo;
 - nessun incentivo ai MMG che non raggiungono l'obiettivo regionale e non dimostrano un trend in riduzione rispetto al 2015.

- Raggiungimento dell'obiettivo regionale del costo pro capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata uguale o inferiore a € 114 - Valore Economico € 1,10:

- Se la MGI raggiunge l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata $< € 114,00$: a tutti i MMG verrà corrisposto il 100% della quota;
- Se la MGI non raggiunge l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata $< € 114,00$: le quote verranno così ripartite:
 - ai MMG della MGI che raggiungono individualmente l'obiettivo regionale verrà corrisposto il 100% della quota diminuita del 20%;
 - ai MMG che raggiungono l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata nel range da 114,01 a 115: corresponsione del 70% della quota;
 - ai MMG che raggiungono l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata nel range da 115,01 a 116: corresponsione del 50% della quota;
 - ai MMG che raggiungono l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata nel range da 116,01 a 117: corresponsione del 30% della quota;
 - nessun incentivo ai MMG che non raggiungono l'obiettivo regionale del costo pro-capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata attestandosi o superando i 117 €/pro capite

- Raggiungimento dell'obiettivo regionale del Numero di Prestazioni per 1000 abitanti per branca - Valore economico € 1,50:

- Se la MGI raggiunge l'obiettivo regionale a tutti i MMG verrà corrisposto il 100% della quota;
- Se la MGI non raggiunge l'obiettivo regionale le quote verranno così ripartite:
 - ai MMG della MGI che raggiungono individualmente l'obiettivo regionale corresponsione del 100% della quota diminuita del 20%;
 - ai MMG che diminuiscono il numero di prestazioni specialistiche per 1000 abitanti, rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, di oltre il 5%: corresponsione del 70% dell'obiettivo;
 - ai MMG che diminuiscono il n° di prestazioni specialistiche per 1000 abitanti rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, dal 2 al 5% (escluso): corresponsione del 50% dell'obiettivo;
 - ai MMG che diminuiscono il n° di prestazioni specialistiche per 1000 abitanti rispetto al 2015, anche se non raggiungono l'obiettivo regionale, da 0 al 2% (escluso): corresponsione del 30% dell'obiettivo;
 - ai MMG che hanno il proprio n. di prestazioni superiore all'obiettivo regionale e non dimostrano un trend in riduzione rispetto al 2015: nessun incentivo.

Trattandosi di quota a), le quote non corrisposte vengono ripartite, a fine esercizio, fra i MMG della MGI, in proporzione al raggiungimento degli obiettivi.

L'UOC Controllo di Gestione e l'UOSD Farmacia Territoriale si impegnano a fornire alla MGI reports trimestrali sugli andamenti degli indicatori sopra riportati al Distretto che tempestivamente dovrà trasmetterli ai MMG della MGI. Se non dovessero essere consegnati i report trimestrali da parte dell'Azienda ULSS entro un mese dalla disponibilità del dato nelle banche dati aziendali, il risultato si dovrà intendere raggiunto. Vengono, inoltre, raccomandate le seguenti azioni: rispetto dei percorsi aziendali diagnostico terapeutici e dell'appropriatezza prescrittiva; estensione a tutti delle terapie efficaci (es. terapia del dolore); interventi di razionalizzazione per sovra-trattamenti (es. antibiotici, politerapia negli anziani, esami di laboratorio). **In allegato gli indicatori di appropriatezza.**

**Quota A) dei Patti
€ 3,10: Di cui**

€ 0,50

€ 1,10

€ 1,50

**Indennità di
avvio e
Coordinamento
MGI****Referente MGI**

Viene individuato, dai MMG costituenti la MGI, un proprio **Referente**, che cura le relazioni con il Distretto socio-sanitario e coordina le attività della MGI. Il Referente:

- ha un incarico annuale eventualmente rinnovabile, privilegiando il criterio di rotazione tra i componenti della MGI;
- si relaziona con il Coordinatore della AFT e con il Distretto;
- coordina le attività di audit e cura gli aspetti organizzativi essenziali della MGI
- può partecipare, su invito, alle sedute del Comitato Aziendale che riguardano le decisioni della specifica MGI di appartenenza (costituzione, revoca, valutazione degli obiettivi, inadempienze).

€ 600/mese+
ENPAM

Sedi e locali

- La Sede di Riferimento per la MGI è dotata di spazi adeguati alla popolazione da servire e al modello di offerta, tendenzialmente su prenotazione e programmazione degli accessi ed è ubicato presso il Punto Sanità di Lendinara – via Montegrappa n. 1
- **Standard Strutturali**
 - N. 9 studi nella Sede di Riferimento per n. 9 MMG a piano terra
 - Un locale con Spazio polivalente al primo piano
 - Un locale per prestazioni infermieristiche al piano terra
 - Sala d’aspetto/reception congrua al bacino di popolazione assistiti dalla MGI
- I locali sono messi a disposizione dall’Azienda ULSS n. 18
- Il Dott. Francesco Scarmignan, in linea con le direttive regionali in merito al mantenimento degli ambulatori periferici per garantire l’assistenza capillare agli anziani, mantiene l’ambulatorio periferico di Rasa frazione di Lendinara, pertanto l’utilizzo della Sede di Riferimento messa a disposizione dall’Azienda ULSS è da considerarsi a titolo gratuito, così come previsto dal Contratto d’Esercizio Tipo sottoscritto dalle OO.SS. di categoria e non ancora approvato con DGRV e fino ad eventuali successive diverse indicazioni regionali in merito.
- L’ambulatorio periferico del Dr. Scarmignan dovrà essere collegato telefonicamente alla Segreteria della Sede di Riferimento della MGI per assicurare agli assistiti del soprarchiamato MMG gli stessi servizi ed opportunità degli altri assistiti. Tale collegamento è a carico della MGI.
- I MMG operanti nella ex UTAP “Medici Più” di Lendinara hanno trasferito tutta la loro attività convenzionata presso la Sede di Riferimento ed hanno concordato con l’Azienda ULSS un canone per l’utilizzo dei locali approvato con decreto del D.G. n. 666 del 4/11/2014.

	<p>Dotazione di personale</p>	<p>La presenza di personale (collaboratori/infermieri) nella Sede di Riferimento è prevista ed economicamente a carico dell'Azienda ULSS per l'esclusivo fine di implementare l'attività assistenziale territoriale nei confronti ed ad esclusivo beneficio degli assistiti e, pertanto, senza aspetti di efficacia reddituale diretta o indotta per gli stessi MMG.</p> <p>Lo standard del personale infermieristico e dei collaboratori di studio è commisurato al:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° di MMG componenti la MGI - N° assistiti della MGI - N° assistiti "fragili" - N° PDTA attivati; <p>In generale, come standard di riferimento, il Contratto d'Esercizio Tipo sottoscritto dalle OO.SS. di categoria a livello regionale ma non ancora approvato con DGRV prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - personale infermieristico: 1 Tp eq/3.600 assistiti - collaboratori di studio: 1 Tp eq/2.400 assistiti <p>Si conviene di prevedere per il momento la seguente dotazione di personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 4 collaboratori di studio Tp ep (&&) - n. 3 infermieri professionali Tp eq <p><i>(&&) Per Tempo Pieno equivalente si intendono 38 ore sett.li / 52 settimane all'anno.</i></p>	
	<p>Forniture di materiali e dotazioni</p>	<p><u>Rifiuti speciali</u></p> <p>Il rispetto della normativa vigente riguardante la gestione e la consegna dei rifiuti speciali è sotto la totale responsabilità dei MMG della MGI, e quindi anche la conseguente compilazione di eventuali documenti richiesti dalla normativa medesima. Il ritiro e lo smaltimento sarà a carico dell'Azienda ULSS.</p>	

La MGI risponde ai requisiti previsti dalla Medicina di Gruppo ai sensi dell'ACN e AIR, nonché a quanto previsto dal presente contratto di esercizio al capitolo "Accessibilità", ed è composta da 8 MMG.

Le prestazioni di primo livello vengono garantite, in caso di necessità, a tutti gli assistiti della MGI, indipendentemente dalla scelta medica effettuata.

La liquidazione dei compensi avverrà con le seguenti modalità:

- primo acconto pari al 40% dell'importo spettante in ragione dei giorni di attività entro il mese di giugno;
- secondo acconto pari al 40% dell'importo spettante in ragione dei giorni di attività entro il mese di dicembre.
- La liquidazione a saldo o l'eventuale recupero delle quote non spettanti, avverrà previa verifica da parte della Direzione del Distretto del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di negoziazione entro il 30 giugno dell'anno successivo, fatte salve deroghe da tale data per responsabilità non direttamente attribuibili all'Azienda ULSS.

Qualsiasi forma di compenso erogata dall'Azienda ULSS sarà individuale, ovvero farà capo al singolo MMG, anche se il raggiungimento degli obiettivi verrà calcolato sull'intera performance dei MMG della MGI.

I costi di segreteria e infermieristici, necessari per garantire gli standard strutturali previsti dal presente contratto di esercizio, essendo ad esclusivo beneficio degli assistiti, sono a carico dell'Azienda ULSS in forme diverse dall'indennità.

L'integrazione con la C.A. e i S.A.I. dovrà essere definita sulla base di specifici e successivi accordi, anche conformemente all'applicazione dei PDTA condivisi.

La durata del contratto è quinquennale con decorrenza dalla data di sottoscrizione, con tacita proroga, fino a formale rinnovo, modificabile/rivedibile annualmente.

In caso di modifica/revisione del contratto da parte di una delle parti, la richiesta dovrà pervenire per iscritto, a mezzo PEC/raccomandata AR/raccomandata a mano protocollata, entro 3 mesi dalla data di scadenza del contratto.

Nel caso in cui annualmente la Regione apporti modifiche agli obiettivi assegnati alle Aziende ULSS e/o vengano concordati ulteriori PDTA, si dovrà provvedere ad una ridefinizione con le OOSS delle attribuzioni necessarie in termini di personale e strumentazione.

Le parti si impegnano a rivedere il contenuto del contratto d'esercizio nel caso la normativa nazionale e le disposizioni degli AACCN di settore definiscano situazioni di incompatibilità con i presenti indirizzi regionali.

Allegato 1) Indicatori di appropriatezza:

Nell'ambito dei diversi obiettivi di appropriatezza definiti dalla Regione Veneto ed al fine di raggiungere il **costo pro capite netto pesato per assistenza farmaceutica convenzionata uguale o inferiore a € 114** si ritiene che i MMG, per l'anno 2016, tengano conto dei seguenti indicatori di appropriatezza:

- Favorire l'uso dei farmaci a brevetto scaduto;
- Creazione di un budget individuale (per singolo MMG e/o Medicina di Gruppo Integrata) basato sulle prescrizioni dell'anno precedente e rapportato agli obiettivi posti dalla Regione per il 2016;
- Monitoraggio costante, da parte del Servizio Farmaceutico, dell'andamento della prescrizione per singolo MMG, Medicina di Gruppo Integrata e profilo complessivo aziendale;
- Incontri di audit per analizzare le criticità e identificare le idonee azioni correttive; a tale scopo il Comitato Aziendale per i medici di medicina generale ha identificato specifico tavolo tecnico multidisciplinare costituito da MMG, Specialisti e Sanitari operanti a livello di Distretto.

Con frequenza mensile e/o trimestrale, il MMG e le Medicine di Gruppo Integrate riceveranno un report relativo all'andamento del proprio costo medio pro-capite pesato e ai propri indicatori di appropriatezza prescrittiva.

Nell'ambito dei diversi obiettivi di appropriatezza definiti dalla Regione Veneto, è priorità per l'anno 2016, perseguire in particolare i seguenti:

- Quota di assistiti in trattamento con farmaci antisecretivi Inibitori della Pompa Protonica senza i criteri di rimborsabilità previsti dalle note AIFA 1-48 (valore 2015: 51% - valore obiettivo: 20%);
- Quota di assistiti trattati con Sartani a brevetto scaduto sul totale della classe terapeutica sartani (valore 2015: 77% - valore obiettivo: 90%);
- Quota di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine di II livello coperte da brevetto che non provengono da statine ad alta potenza a brevetto scaduto per almeno 6 mesi (valore 2015: 93% - valore obiettivo: 0%);
- Quota di pazienti ultraottantenni senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine (valore 2015: 78% - valore obiettivo: 60%);
- Quota di pazienti trattati con EBPM o fondaparinux con durata di terapia superiore a 45 giorni (valore 2015: 39% - valore obiettivo: 0%);
- Spesa per farmaci a brevetto scaduto sul totale della spesa convenzionata

Rovigo, _____

I Medici di Medicina Generale della Medicina di Gruppo Integrata “*Medici Più*” di Lendinara (RO)

Dr.ssa Luisa Baratella _____

Dr. Paolo Fasiol _____

Dr. Michele Ferlini _____

Dr.ssa Alessandra Galante _____

Dr. Antonio Maria Menardo _____

Dr. Michele Roccato _____

Dr. Francesco Scarmignan _____

Dr. Giorgio Zoppellaro _____

IL DIRETTORE GENERALE
ULSS n. 18 di Rovigo
Dr. F. Antonio Compostella
