



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE

DGR n. 41 del 18 gennaio 2011 “Attuazione degli AACCN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi”

DGR n. 1666 del 18 ottobre 2011 “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della DGR n. 41 del 18.1.2011 – Medicina Generale”

MANUALE OPERATIVO

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Palazzo Molin, San Polo 2513 – 30123 Venezia

INDICE

▪	Attuazione DGR 1666/2011	Pag. 3
▪	Scheda del procedimento	Pag. 7
▪	Schema regionale per la declinazione di un modello sperimentale di Medicina di Gruppo Integrata	Pag. 8
▪	Riferimenti per la verifica e conferma delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria – UTAP – DGR n. 4395 del 30.12.2005, Accordo regionale per i Medici di Medicina Generale – MMG. Linee guida per la sperimentazione delle forme organizzative più complesse: le UTAP	Pag. 19
▪	Piano Aziendale Sviluppo Assistenza Primaria: scheda operativa	Pag. 23
▪	Regione Veneto: dati di sintesi e di approfondimento per ambito territoriale provinciale e per dimensione aziendale	Pag. 25

Il presente lavoro costituisce un supporto agli operatori coinvolti nell'Assistenza Primaria e non sostituisce, modifica o integra gli atti richiamati che rappresentano indirizzi regionali in materia.

ATTUAZIONE DELLA DGR N. 1666 DEL 18 OTTOBRE 2011

Il PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA, predisposto dalle Aziende Socio Sanitarie ed inviato in Regione per l'approvazione, comprende:

1. L'organizzazione dell'assistenza primaria: 1.1 aggregazioni funzionali territoriali, 1.2 medicina di gruppo, 1.3 obiettivi, 1.4 appropriatezza, 1.5 patti, 1.6 indicatori
2. Gli standard dell'assistenza primaria
3. I tempi
4. Le risorse
5. Le sperimentazioni

1. ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA

1.1 AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI - AFT

- Ogni 30.000 abitanti/ambiti di scelta.
- Raccordo funzionale degli studi medici in esse presenti.
- Individuazione del Coordinatore di AFT

1.2 MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA/UNITÀ TERRITORIALE DI ASSISTENZA PRIMARIA-UTAP

Punto di riferimento della AFT per le prestazioni individuate nel contratto di esercizio

MEDICINA DI GRUPPO

- Profilo base e, in via eccezionale, ex Rete, non oltre il 31.12.2013

Nel periodo sperimentale, 2012 – 2013, coesistono:

- Il medico singolo
- Il medico in associazione semplice
- Il medico in rete

Per questi profili professionali trovano applicazione le previgenti disposizioni, con l'implementazione dell'inserimento nelle AFT e degli adempimenti informatici/vi.

Risultato da raggiungere nel triennio 2012-2014: tutti i Medici di Medicina Generale organizzati in Medicine di Gruppo Integrate. La fase sperimentale riguarderà gli anni 2012-2013.

1.3 OBIETTIVI

- Obiettivi regionali: Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico;
- Obiettivi aziendali: attuazione degli obiettivi regionali sopra richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali.

1.4 APPROPRIATEZZA

I progetti di appropriatezza devono essere esplicitati nel Piano aziendale dell'Assistenza Primaria e correlati agli obiettivi strategici assegnati alle Aziende Socio Sanitarie con DGR 3140 del 14.12.2010. Conseguire l'obiettivo dell'appropriatezza può produrre risorse da investire in fattori produttivi.

1.5 PATTI

- è esclusa la possibilità della trattativa aziendale sulla parte economica;
- le quote A) e B) – euro 3,10 e euro 1,35 = euro 4,45 possono essere inserite nel trattamento economico complessivo del profilo professionale di appartenenza per rafforzare il vincolo contrattuale ed il corretto adempimento;
- l'Azienda concorda gli obiettivi, le azioni, i tempi, gli indicatori e le modalità di verifica dei risultati.

L'Azienda può confermare, per il periodo sperimentale 2012 – 13, sentito il Comitato aziendale, i Patti vigenti.

1.6 INDICATORI

- indicatori di struttura, derivanti dalle rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure;
- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività;
- indicatori di esito, che, nel caso della qualità del servizio, assumono la forma di indicatori di soddisfazione agli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti.

INDICATORI DEFINITI DALLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE PER LA VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La pianificazione delle azioni aziendali per il governo delle cure primarie dovrà essere sviluppata in modo coerente con gli indicatori individuati dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, per quanto attiene l'Assistenza Distrettuale:

- spesa pro-capite per l'assistenza sanitaria di base;
- spesa farmaceutica pro-capite;
- spesa pro-capite per assistenza specialistica;
- spesa pro-capite per assistenza specialistica – clinica;
- spesa pro-capite per assistenza specialistica – laboratorio;
- spesa pro-capite per assistenza specialistica – diagnostica strumentale e per immagini;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica – clinica;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica – laboratorio;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica – diagnostica, strumentale e per immagini.

2. STANDARD ASSISTENZA PRIMARIA ATTRAVERSO LA MEDICINA DI GRUPPO

Requisiti essenziali:

Vengono, di seguito, elencate le attività richieste ai medici in Medicina di Gruppo (MdG) ed ex Rete:

- l'impegno a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima: Gruppo/Team, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

- l'obbligo di garantire ai cittadini, con regole e limiti, la conoscenza della accessibilità, a ciascun medico dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, da consegnare a tutti gli assistiti secondo un modello negoziato con l'Azienda ULSS;
- la comunicazione degli orari di studio di tutti i medici della forma associativa all'Azienda ULSS ed esposti in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitati nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'Azienda ULSS;
- l'erogazione dell'attività ambulatoriale di ciascun medico per 5 gg. la settimana. La riduzione a 4 gg. la settimana per impegni previsti dall'ACN (consulti con gli specialisti, accessi ai luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione ad incontri o convegni, attività di ricerca) deve rientrare in una precisa programmazione, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali;
- il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, per garantire complessivamente una disponibilità all'accesso di almeno 7 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio e 12 ore di rintracciabilità, anche mediante contatto telefonico. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici associati si intendono fissate, per la mattina, dalle 8.00 alle 13.00 e, per il pomeriggio, dalle ore 13.00 alle 19.00, con un minimo di due ore per fascia;
- i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza Domiciliare, in modo da garantire, nei periodi di assenza di uno o più medici, la continuità di tale forma assistenziale nella periodicità degli accessi programmati;
- l'impegno ad assicurare il coordinamento della attività di Assistenza Domiciliare Integrata, in modo tale da garantire, con le stesse modalità, la continuità di tale forma assistenziale nei periodi di assenza di uno o più medici della forma associativa;
- l'impegno a garantire, attraverso accordi aziendali, la continuità assistenziale diurna nei casi ad elevata intensità di tutela sanitaria che riguardano pazienti multiproblematici, non autosufficienti nelle attività quotidiane, malati in condizione di criticità presi in carico conformemente alle presenti disposizioni;
- dovranno essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- l'impegno a gestire la documentazione socio-sanitaria attraverso un processo di evoluzione verso l'informatizzazione, che preveda anche lo scambio informativo e di dati con l'Azienda. Nello specifico i medici costituitisi in medicina di gruppo dovranno garantire la gestione della scheda sanitaria con un unico ambiente informatico e conformemente alle specifiche standard definite dall'amministrazione regionale e/o aziendale, secondo le intese definite con le OO.SS.;
- l'impegno a partecipare alla stesura di due percorsi diagnostico assistenziali riguardanti le patologie a più alta prevalenza, con le modalità definite negli accordi aziendali;
- per la rete della MdG/Team è prevista la presenza di collaboratori di studio e/o infermieri professionali.

La forma associativa è riconosciuta secondo le disposizioni della DGR 1666 del 2011, che qui si richiamano:

- pianificazione aziendale,
- domanda dei Medici di Assistenza Primaria di attivare una Medicina di Gruppo,
- possesso dei requisiti richiesti,
- disponibilità del Fondo regionale per l'Assistenza Primaria,
- approvazione regionale.

La disciplina di cui sopra si estende alle UTAP.

3. TEMPI

- Dal 01.01.2012: avvio delle AFT e delle Medicine di Gruppo.
- Fase sperimentale: 2012/2013.
- A regime dal 1-1-2014.

4. RISORSE

Vengono assegnate sulla base del conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano per il potenziamento dell'assistenza primaria, nell'ambito degli stanziamenti di bilancio.

Dal 2012, verrà costituito un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=. Le risorse nel triennio sono così ripartite:

- 2012: euro 6.901.809,00.=;
- 2013: euro 13.803.618,00.=;
- 2014: euro 20.705.427,00 (importo aggiornato secondo l'attuale consistenza dei Medici di Assistenza Primaria: €. 21.436.750=.).

5. SPERIMENTAZIONI

Le sperimentazioni consentono di verificare l'efficacia del sistema prima della sua attuazione a regime.

I progetti sperimentali devono prendere in considerazione gli aspetti più significativi del sistema sanitario, fra cui:

- il governo della domanda;
- l'efficienza;
- l'appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche;
- la qualità clinica;
- l'efficacia assistenziale delle patologie croniche;
- l'efficienza prescrittiva farmaceutica;

e, attraverso l'organizzazione della medicina di gruppo integrata, costituire un modello in grado di migliorare le relative performance, per un confronto con altre esperienze aziendali, sulla base degli indicatori stabiliti per gli obiettivi assegnati alle Aziende Socio-Sanitarie.

SCHEDA DEL PROCEDIMENTO

Si riporta il dispositivo della DGR n. 1666 del 2011, che prevede:

- “di approvare il Documento ... che individua le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;
- di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=. Le risorse nel triennio sono così ripartite:
 - 2012: euro 6.901.809,00.=;
 - 2013: euro 13.803.618,00.=;
 - 2014: euro 20.705.427,00 (importo aggiornato secondo l'attuale consistenza dei Medici di Assistenza Primaria: €. 21.436.750=.).
- di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme ex Rete saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;
- di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un organismo tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto;
- di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare e verificare lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;
- di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa.”

Le Aziende devono programmare la nuova organizzazione dell'assistenza primaria mediante la formulazione del PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA da inviare alla Regione per l'approvazione, che prevede di:

- attivare le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT, individuare i Medici di Assistenza Primaria (MAP) afferenti e nominare il Medico di Assistenza Primaria coordinatore di AFT
- completare il sistema informatico/vo
- organizzare, con effetto 1° gennaio 2012, la riqualificazione dei Medici di Medicina Generale con il passaggio alle forme associative più evolute: tipologie di Medicine di Gruppo
- definire le modalità di accesso agli studi medici
- individuare le modalità di erogazione delle prestazioni: integrative, aggiuntive e non differibili
- definire gli obiettivi di salute e appropriatezza/Patti
- determinare i costi e la copertura economica
- concordare la verifica della qualità/Patti
- promuovere momenti di formazione e informazione nei confronti dei Medici di Assistenza Primaria (MAP)

PREMESSA

Riconosciuti come obiettivi strategici da perseguire a livello regionale:

- la *gestione integrata dei pazienti*, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria;
- la *continuità dell'assistenza*, attraverso l'implementazione di protocolli condivisi Ospedale/Territorio;
- l'*individuazione di obiettivi di salute misurabili*, perseguibili anche attraverso la promozione della salute e la medicina di iniziativa;
- la *sostenibilità economica*, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda;

si è ritenuto opportuno dare avvio alla definizione di un piano sperimentale per la riqualificazione delle forme associative, che preveda prioritariamente:

- la costituzione di *team multiprofessionali* bene integrati;
- la presa in carico dei problemi della *cronicità* attraverso metodi di medicina attiva;
- il trasferimento di competenze a *personale infermieristico*;
- la realizzazione della completa *informatizzazione del fascicolo socio-sanitario Unico*.

Dal punto di vista operativo, con questo documento, si intende rappresentare uno schema di riferimento per la progettazione di modelli di Medicina di Gruppo Integrata, dicitura con cui si indica:

- una *Medicina di Gruppo* che risponde pienamente ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n.4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata;
- *integrata* perché si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale e personale amministrativo).

Più in dettaglio si tratta di un'organizzazione fondata su un team multiprofessionale, strutturato su una chiara divisione del lavoro e sulla puntuale definizione dei problemi a cui il team stesso è chiamato a rispondere. Questa forma organizzativa si caratterizza per alcuni elementi-chiave, ossia:

- rappresenta il nodo di una rete ed un riferimento territoriale;
- si fonda sull'integrazione multiprofessionale (non solo Medici ma anche Infermieri, assistenti sociali, amministrativi), superando l'individualismo professionale e promuovendo la condivisione degli obiettivi e dei valori;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative sugli stili di vita;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

Si ritiene che la Medicina di Gruppo Integrata, così strutturata, venga a rappresentare un passaggio obbligato per fare interagire le risorse della Medicina Convenzionata con quelle del Sistema Pubblico nel suo insieme, interazione che non è soltanto a livello contrattuale ma è anche strumento principale per l'attuazione concordata dei LEA.

Ciò non di meno, la prospettiva qui descritta si prefigura come una proposta tipo che nasce dall'analisi della situazione in atto e che sarà perfezionata da ciascuna Azienda conformemente alle propria organizzazione delle Cure Primarie.

A. STANDARD STRUTTURALI

A1. Dimensioni di riferimento

Comuni coinvolti: n° _____

Bacino di utenza interessato¹: n° _____ [indicativamente da 3.000 a 14.000]

A2. Figure professionali coinvolte

Figure professionali dell'Azienda ULSS o convenzionati:

medici di famiglia	n° _____
pediatri di libera scelta	n° _____
specialisti ambulatoriali interni ²	n° _____
èquipe infermieristica ADI "territorializzata"	n° _____ (op. eq.)
personale infermieristico dedicato ³	n° _____ (op. eq.)
personale amministrativo dedicato ⁴	n° _____ (op. eq.)
altro (specificare) _____	n° _____ (op. eq.)

Figure professionali del Comune:

assistente sociale	n° _____ (op. eq.)
personale amministrativo	n° _____ (op. eq.)
altro (specificare) _____	n° _____ (op. eq.)

Tab. 1 – Elenco dei Medici coinvolti nella sperimentazione

Medici di famiglia	Comune di ubicazione degli studi medici	N° assistiti in carico
-		
-		
-		
Totale		

Eventuali ulteriori integrazioni

(segnalare eventuali altri Medici/Pediatri di famiglia che potrebbero essere coinvolti nella sperimentazione perché svolgono attività in Comuni limitrofi e che, pertanto, potrebbero essere "messi in rete" con la Medicina di Gruppo Integrata)

¹ Il bacino di utenza va calcolato come il totale degli assistiti in carico ai Medici/Pediatri di famiglia che partecipano al progetto.

² La presenza andrà correlata ai processi assistenziali prescelti.

³ Si può prevedere una gestione mista ossia in parte personale dipendente dall'Azienda ULSS (anche acquisito tramite Cooperative) ed in parte acquisito dai Medici stessi (fare riferimento anche alle risorse acquisibili da parte dei medici tramite le indennità previste dall'ACR).

⁴ Cfr. nota precedente.

A3. Logistica

Sede Unica _____

Proprietà della sede _____

Modalità di "concessione" _____

Descrizione dei locali

studi medici	n° _____
ambulatorio per visite specialistiche-medicazioni	n° _____
ambulatorio infermieristico	n° _____
ambulatorio per prelievi-vaccinazioni	n° _____
studio per assistente sociale	n° _____
postazione di reception e di segreteria	n° _____
sala d'attesa adeguatamente capiente	n° _____
stanza per servizi informativi (es. server)	n° _____
altri locali (specificare) _____	n° _____

A4. Rispetto e misurabilità degli standard strutturali

La Medicina di Gruppo Integrata è tenuta a rispettare alcuni parametri strutturali descritti da indicatori misurabili e dai rispettivi valori soglia (cfr. Allegato allo Schema regionale per la declinazione di un modello sperimentale di Medicina di Gruppo Integrata), con riferimento:

- alla dimensione territoriale;
- al rapporto risorse umane/assistiti;
- alla congruità dei locali e delle sedi;
- all'accessibilità fisica alla sede;
- ecc. (da definire).

B. STANDARD ORGANIZZATIVI

B1. Principali funzioni svolte

Nella sede unica saranno garantite le seguenti funzioni:

- informazione, orientamento e relazioni con il Pubblico;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP);
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.);
- distribuzione materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- attività di prevenzione ed attività educative rivolte a gruppi di assistiti (per patologie, per problemi, ecc.);
- presa in carico del paziente cronico con adeguato supporto organizzativo-gestionale (es. registri di patologie, pianificazione delle visite, sostegno al follow up), secondo un approccio di medicina di iniziativa;

- erogazione di prestazioni (visite domiciliari ed ambulatoriali, trattamento di piccoli problemi come suture e medicazioni, primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti, ecc.).

In particolare per quanto concerne la gestione della cronicità, l'organizzazione dello studio medico dovrà fondarsi su una chiara divisione del lavoro, con definizione degli obiettivi e del sistema di incentivazione che premiano la qualità dell'assistenza ai malati cronici. Sono ad esempio dimensioni importanti:

- la cura della formazione del personale;
- l'adeguata disponibilità di risorse infermieristiche;
- la collaborazione con il personale amministrativo, addestrato a gestire il registro dei pazienti;
- l'educazione del paziente all'autogestione;
- la predisposizione di accertamenti periodici, assicurando il follow up attivo dei pazienti.

B2. Accessibilità per gli utenti

Rappresentano caratteristiche peculiari del presente modello organizzativo:

- l'apertura oraria della sede unica dal lunedì al venerdì nell'arco temporale 8.00-20.00 e il sabato 8.00-10.00 con garanzia di presenza di almeno un Medico di famiglia in un arco di almeno _____ ore giornaliere⁵ e il sabato mattina, promuovendo comunque il valore della co-presenza dei Medici di famiglia (lo schema orario è specificato nella Tab.2);
- la contattabilità/rintracciabilità di ciascun Medico di famiglia dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato mattina;
- l'apertura di un ambulatorio infermieristico per attività assistenziali finalizzate a garantire il follow up dei pazienti con patologie croniche⁶ (lo schema orario è specificato nella Tab.3);
- la disponibilità di un servizio infermieristico dell'ADI "territorializzato" ossia per i pazienti residenti sul territorio individuato, attivo 24h su 24h, 7gg. su 7gg. (gestito usualmente attraverso n° _____ infermieri predefiniti ed assegnati alla zona);
- l'attivazione di consulenza specialistica, prevedendo nella sede una presenza degli Specialisti "periodica", a seconda dei bisogni evidenziati dal bacino di utenza e dei percorsi assistenziali prescelti;
- il collegamento funzionale con il servizio di Continuità Assistenziale, in stretta integrazione e sinergia informativa/informatica.

Tab. 2 – Planning settimanale degli studi medici

Medico	Lun	Mar	Mer	Giov	Ven	Sab
-	dalle _____ alle _____					
-	dalle _____ alle _____					
-	dalle _____ alle _____					

Evidenziare con il verde: accesso diretto dell'utenza; con l'azzurro: accesso programmato su prenotazione.

Tab. 3 – Planning settimanale dell'ambulatorio infermieristico

GG.	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab
Mattino	dalle _____ alle _____					
Pomeriggio	dalle _____ alle _____					

⁵ La presenza oraria dovrà essere calcolata sulla base del vigente ACR e sul numero effettivo di Medici di famiglia coinvolti nel progetto.

⁶ L'orario ipotizzabile di massima è dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì; tuttavia andrà commisurato al bacino di utenza coinvolto nel progetto.

I servizi per regolamentare l'accesso dell'utenza potranno essere così strutturati:

- la gestione degli accessi agli ambulatori dei Medici di famiglia, con conseguente organizzazione delle agende di prenotazione, svolta⁷:

da un servizio di segreteria "interno", attivo:						
GG.	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab
Matt	dalle _____ alle _____					
Pom	dalle _____ alle _____					

da un servizio di segreteria "esterno", attivo:						
GG.	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab
Matt	dalle _____ alle _____					
Pom	dalle _____ alle _____					

Potranno essere sviluppate ulteriori funzionalità di collegamento con altri servizi e/o tra figure professionali, strutturando ad esempio:

- la gestione delle prenotazioni di esami e visite specialistiche al CUP;
- la consultazione telefonica tra i Medici di famiglia e Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali Interni (consulto specialistico);
- la ricezione delle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale;
- il collegamento con l'Assistenza Domiciliare Integrata distrettuale;
- altro (specificare) _____

B3. Livelli di responsabilità

Si richiama il nuovo ruolo professionale del coordinatore di AFT.

B4. Rispetto e misurabilità degli standard organizzativi

La Medicina di Gruppo Integrata è tenuta a rispettare alcuni criteri di qualità organizzativa descritti da indicatori misurabili e dai rispettivi valori soglia (cfr. Allegato già richiamato), con riferimento:

- alla ricezione delle istanze degli assistiti;
- alla gestione degli studi medici e dell'ambulatorio infermieristico;
- alla formazione permanente delle figure professionali che la compongono.

C. STANDARD INFORMATIVI

C1. Sistema Informativo

La Medicina di Gruppo Integrata dovrà essere dotata di strumentazione informatica collegata in rete interna, con i presidi ospedalieri, con i presidi distrettuali e con le strutture convenzionate della Azienda ULSS. In particolare il sistema informativo della Medicina di Gruppo Integrata dovrà prevedere:

⁷ Per servizio di segreteria "esterno" si intende l'affidamento ad un call center o a personale esterno alla sede.

- l'informatizzazione del fascicolo clinico del paziente;
- la messa in rete di tutti i pc, rendendo possibile la consultazione reciproca degli archivi tra i Medici di famiglia;
- il collegamento con il servizio di Continuità Assistenziale, che potrà accedere agli archivi comuni per le informazioni necessarie;
- il collegamento con il CUP per prenotazioni di esami e visite specialistiche;
- la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati;
- l'eventuale attivazione di un servizio di telemedicina con collegamento dell'ECG centrale per telelettura;
- l'eventuale collegamento al sistema aziendale per la compilazione informatizzata della SVAMA;
- il collegamento con il Distretto e con il Comune per il disbrigo di pratiche amministrative.

Relativamente all'ambito della gestione della cronicità il sistema informativo dovrà svolgere almeno tre funzioni importanti

- registro dei pazienti per programmare l'assistenza al singolo e condurre un'assistenza basata sulla popolazione, coprendo attivamente tutti coloro che ne hanno bisogno;
- promemoria per seguire i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (cadenza degli accertamenti ecc.);
- feed back per i Medici con la misurazione degli indicatori di qualità clinica ed organizzativa.

C2. Rispetto e misurabilità degli standard informativi

La Medicina di Gruppo Integrata è tenuta a rispettare alcuni criteri di qualità informatica-informativa descritti da indicatori misurabili e dai rispettivi valori soglia (cfr. Allegato già richiamato), con riferimento:

- alla tenuta delle cartelle cliniche ed all'aggiornamento delle informazioni sugli assistiti;
- alla tenuta del registro dei pazienti per patologie;
- alla produzione di una reportistica periodica;
- alla comunicazione con gli assistiti attraverso la produzione e distribuzione di una Carta dei Valori e dei Servizi;
- alla rilevazione periodica sul gradimento percepito dalla popolazione assistita.

D. STANDARD DI QUALITÀ CLINICA-ASSISTENZIALE

D1. Metodologia di lavoro ed attività

L'attività interdisciplinare ed integrata della Medicina di Gruppo Integrata si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un preciso programma di lavoro:

- proposto dai Medici, dagli operatori interessati o dalla Direzione aziendale/distrettuale;
- finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- concordato tra le figure professionali coinvolte e tra queste e la Direzione aziendale/distrettuale.

Detto programma di lavoro dovrà individuare i soggetti partecipanti ed i rispettivi livelli di responsabilità, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse, nonché la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

Dal punto di vista strumentale l'approccio multiprofessionale dovrà essere supportato:

- dalla possibilità di consultare reciprocamente ed aggiornare gli archivi dei Medici di famiglia;
- dal collegamento informativo computerizzato con i Medici della Continuità Assistenziale, che saranno dotati di strumenti informatici per accedere agli archivi dei pazienti della Medicina di Gruppo Integrato ed avere le informazioni necessarie sui pazienti critici in ADI;
- dalla programmazione di incontri periodici per la discussione di casi e l'assistenza dei pazienti critici, anche secondo metodiche di audit;
- da modalità strutturate per effettuare le specifiche segnalazioni ai servizi distrettuali ed ai Medici della Continuità Assistenziale sui pazienti in ADI e sui Pazienti Terminali assistiti al proprio Domicilio;
- la possibilità di raccordo funzionale con il SERT e con il CSM territorialmente competente.

Gli ambiti di attività della Medicina di Gruppo Integrata si possono così declinare:

prevenzione

- vaccinazione del bambino, dell'adulto, dell'anziano nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eligibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute (consigli, diete, ecc.), anche attraverso le tecniche di counselling;
- educazione sanitaria a gruppi di pazienti.

prestazioni e processi assistenziali

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
- trattamento di alcune malattie;
- procedure tecniche mediche e trattamento di alcuni problemi (piccole suture, medicazioni, rimozione di verruca);
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi dei bambini (es. rash cutanei, enuresi, problemi uditivi, ecc.) problemi femminili (es. contraccezione, irregolarità mestruali, noduli al seno, ecc.), problemi psicosociali (es. problemi di relazione, ecc.);
- primo contatto per problemi "senza diagnosi" (es. sintomi "psicosomatici", attacchi d'ansia, disturbi funzionali, paura della malattia e della morte, ecc.).

gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute ed a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- la presa in carico della terminalità e del paziente fragile;
- la gestione domiciliare, dimissioni protette, cure palliative.

Si richiama inoltre quanto previsto dall'ACR per la Medicina Generale recepito con DGR n.4395/2005, che prevede per la Medicina di Gruppo l'impegno a partecipare a due percorsi diagnostico assistenziali riguardanti le patologie a più alta prevalenza, raccomandando che gli stessi siano definiti in attuazione degli obiettivi regionali e di quelli contenuti nei Patti Aziendali.

L'attività da svolgere sarà concordata, secondo protocolli condivisi, tra i Medici di famiglia, gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri e il Distretto, utilizzando specifici indicatori di qualità clinica e relativi valori soglia.

D2. Compiti delle diverse figure professionali

I compiti di ciascun profilo professionale coinvolto nella Medicina di Gruppo Integrata saranno messi a punto nel corso della sperimentazione; a titolo esemplificativo e di orientamento viene riportato uno schema di sintesi.

Tab. 3 – Compiti delle figure professionali

<i>Compiti del Medico di famiglia</i>
- visita i casi acuti (individuare uno schema con un set di prestazioni)
- visita i casi cronici complessi
- tiene i rapporti con gli Specialisti di riferimento
- gestisce interventi di educazione sanitaria con i singoli ed in gruppo (con la collaborazione dell'infermiere)
- cura la formazione dei membri del MGI
- garantisce le seguenti attività strumentali che vengono eseguite in proprio ossia senza il ricorso ad altre strutture dell'ULSS: test glicemico (stick); esame urine (stick); test di gravidanza; PT per pazienti stabilizzati con coagulometro; Otoscopia; ECG (in collegamento con Centro di lettura); Tamponi faringei; Spirometria; Ossimetria.
- produce report con la misura degli indicatori
<i>Compiti del Medico di Continuità Assistenziale</i>
- visita i casi acuti
- garantisce la continuità assistenziale per i casi in ADI
<i>Compiti dello Specialista</i>
- effettua visite ed approfondimenti
- si confronta e discute sui casi
- collabora alla formazione specifica della Medicina di Gruppo Integrata
<i>Compiti dell'Infermiere "interno"</i>
- educa il paziente ed il caregiver all'autogestione
- gestisce il registro dei pazienti cronici ed assicura il follow up attivo
- predispone gli accertamenti periodici (di laboratorio, visus, piede ecc.) sulla base della linea guida
- gestisce interventi di educazione sanitaria con i singoli ed in gruppo (in collaborazione con il Medico)
- gestisce il punto prelievi
- produce report con la misura degli indicatori
<i>Compiti dell'Amministrativo "interno"</i>
- fissa gli appuntamenti per i pazienti e gestisce le agende dei Medici di famiglia
- effettua le prenotazioni per le prestazioni specialistiche (CUP)
- distribuisce materiale informativo, moduli per richieste varie, per preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc)
- collabora alla gestione del registro per patologia ed alla produzione dei report

D3. Attrezzature disponibili

Dotazione minima disponibile nella sede:

elettrocardiografo n° _____

frigoriferi n° _____

otoscopio n° _____
sterilizzatrici n° _____
coagulometro n° _____
pirometro n° _____
saturimetro n° _____

La dotazione dovrà essere integrata sulla base dei percorsi assistenziali che si prevede di attivare:

_____ n° _____
_____ n° _____
_____ n° _____
_____ n° _____

D4. Rispetto e misurabilità degli standard di qualità clinica-assistenziale

La Medicina di Gruppo Integrata è tenuta a rispettare alcuni criteri di qualità clinica, individuati sulla base della letteratura e dell'evidenza scientifica e descritti da indicatori misurabili e dai rispettivi valori soglia (cfr. Allegato già richiamato), con riferimento:

- alla prevenzione;
- alle prestazioni erogate e ai processi assistenziali;
- alla gestione delle patologie croniche.

In un'ottica di responsabilizzazione della Comunità al perseguimento di obiettivi di salute, si prevede di inserire alcuni indicatori di qualità clinica ed organizzativa anche negli atti programmatori aziendali, pervenendo alla formulazione di un *Piano per il potenziamento della assistenza primaria*. Detto Piano sarà altresì discusso e condiviso anche con le Amministrazioni Comunali.

E. TIMETABLE PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO

Fasi ANNO _____	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												

Allegato allo Schema regionale per la declinazione di un modello sperimentale di Medicina di Gruppo Integrata

OBIETTIVI ED INDICATORI DI QUALITÀ

[soltanto a titolo esemplificativo]

Standard Strutturali (esempi)

Macro-aree	Indicatore	Punteggio	Valore soglia
Congruità dei locali e delle sedi			
Accessibilità fisica alla sede			
Rapporto risorse umane/assistiti			
Monte ore di compresenza multiprofessionale			

Standard Organizzativi (esempi)

Macro-aree	Indicatore	Punteggio	Valore soglia
Ricezione delle istanze degli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> - La MGI offre spazi di prenotazione delle visite su appuntamento per almeno X gg; - Il numero di ore di attesa tra la richiesta di una prescrizione fino all'ottenimento della stessa da parte del paziente è al massimo di X ore; - La durata media delle visite su appuntamento non è inferiore a 10 minuti. 		
Gestione degli studi medici e dell'ambulatorio infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> - I dispositivi per la sterilizzazione e la manutenzione degli strumenti sono in accordo con le norme vigenti. 		
Formazione permanente e audit	<ul style="list-style-type: none"> - Esiste documentazione che tutto il personale dell'ambulatorio ha frequentato, negli ultimi X mesi, una iniziativa di formazione/aggiornamento sui percorsi assistenziali prescelti; - La MGI ha compiuto una revisione, con discussione in gruppo, di almeno X eventi critici significativi per anno 		

Standard informativi (esempi)

Macro-aree	Indicatore	Punteggio	Valore soglia
Tenuta delle cartelle e aggiornamento delle informazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Esiste un collegamento reciproco degli archivi dei Medici della MGI; - Tenuta del registro pazienti per patologie; - La MGI ha le storie cliniche aggiornate nelle cartelle personali dei pazienti; - I pazienti nuovi iscritti hanno le loro cartelle con la storia clinica aggiornata entro due mesi dall'iscrizione; - Le cartelle, le lettere di dimissione, le schede di segnalazione ed i referti specialistici sono archiviati e reperibili elettronicamente in ordine di paziente e di data; - I farmaci che il paziente sta assumendo sono chiaramente elencati nella cartella; - Le precedenti prescrizioni di farmaci sono disponibili per il prescrittore ad ogni visita; - Le allergie e le reazioni avverse ai farmaci sono registrate con precisione nello spazio apposito della cartella; - L'ambulatorio ha un sistema per gestire ogni report ospedaliero o referto di indagine 		
Comunicazione con gli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> - È stata prodotta e distribuita la Carta dei valori e dei servizi; 		

	- I pazienti hanno la possibilità di essere accolti da una segreteria, per telefono e di persona, per almeno X ore al giorno, dal lunedì al venerdì.		
(Rilevazione periodica sul gradimento)	- La MGI effettua una rilevazione della qualità percepita ogni anno; - La MGI analizza e riflette sui risultati dell'indagine proponendo eventuali cambiamenti;		
Produzione di reportistica	- La MGI è in grado di produrre una reportistica periodica sulla propria attività		
Misure di sicurezza	- Viene assicurato il back up dei dati, il back up delle verifiche, la conservazione sicura dei back up e l'autorizzazione per il caricamento dei programmi.		

Standard di qualità clinica-assistenziale (esempi)

Macro-aree	Indicatore	Punteggio	Valore soglia
Diabete (esempio)	<ul style="list-style-type: none"> - L'ambulatorio tiene ed è in grado di produrre un registro dei pazienti con diabete mellito; - Produzione di un registro di tutti i pazienti diabetici di età superiore a 17 anni, con diabete mellito, distinto in tipo 1 e tipo 2; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione del BMI negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con registrato lo stato aggiornato di abitudine al fumo; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione di HbA1c negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della HbA1c < 7; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della HbA1c <10; - Percentuale di pazienti diabetici con valutazione del fundus (screening retinico) negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con retinopatia; - Percentuale di pazienti diabetici con presenza/assenza dei polsi periferici negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con testing della neuropatia (riflessi osteotendinei e sensibilità tattile) negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici con presenza di neuropatia; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della PA negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore di PA <130/80 mm/Hg; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della micro-albuminuria negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della microalbuminuria <20 µg/min; - Percentuale di pazienti diabetici con misurazione della creatinina (eGFR) negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore della creatinina <1.2 mg/dl; - Percentuale di pazienti diabetici con valutazione dell'assetto lipidico negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi; - Percentuale di pazienti diabetici presentano l'ultimo valore del colesterolo totale <5 mmol/l (192 mg/dl); - Percentuale di pazienti diabetici che presentano l'ultimo valore di LDL <2.6 mmol/l (100 mg/dl); - Numero di pazienti diabetici a cui è stato praticato il vaccino antinfluenzale negli ultimi 12 (parametrizzabile) mesi. 		

RIFERIMENTI PER LA VERIFICA E CONFERMA DELLE UNITÀ TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA D.G.R. N. 4395 DEL 30/12/2005, ACCORDO REGIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE-MMG. LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE DI FORME ORGANIZZATIVE PIÙ COMPLESSE: LE UTAP (BUR n. 16 del 14.02.2006).

La continuità dell'assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti. Le UTAP, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell'assistenza. Esse vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio (fuori dall'ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani", questo anche nell'ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo "allargato" delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria,
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

Le Aziende, mediante accordi con le OO.SS., definiscono le modalità di attuazione delle forme associative complesse sulla scorta delle seguenti linee guida.

Per gli obiettivi specifici previsti dal Contratto Unità Territoriale di Assistenza Primaria-UTAP sono riconosciuti emolumenti per ogni assistito in carico a fronte della completa ed esaustiva realizzazione di tutti i risultati attesi.

Il non raggiungimento comporta una proporzionale riduzione del premio.

La sede viene ad assumere la valenza di "punto di riferimento" per i Comuni coinvolti.

L'Azienda ULSS copre le spese per il call center professionalizzato e dedicato alla prenotazione degli accessi agli ambulatori dei Medici; tale onere, più che da ritenersi benefit per il Medico, è da considerarsi come costo inserito all'interno della scelta aziendale di erogare i LEA territoriali, perseguendo l'obiettivo della "sicura ed efficace presa in carico e continuità dell'assistenza", con la possibilità reale e documentale di verifica costante e dinamica. Con questo strumento, che sviluppa tutta la sua efficacia proprio nell'assicurare una gestione h 12 per la Medicina di Assistenza Primaria ed una risposta h 24 organica con il completamento della Medicina di Continuità Assistenziale e la reperibilità infermieristica per l'ADI, si ritiene di aver individuato una delle più efficaci soluzioni per la continuità dell'assistenza.

Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)

Contesto (motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare; valenza sanitaria dei risultati ottenibili):

- *Motivazioni del progetto.*

Gli obiettivi generali perseguiti con questo modello si collocano nella filosofia aziendale e possono essere così declinati:

- riaffidare al Medico di fiducia la funzione di Salute Pubblica intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di Salute di una Comunità;

- individuare un riferimento unico in un territorio, guidando la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di governo e gestione della Salute, anche attraverso la promozione dell'integrazione organizzativa e professionale;
- garantire la continuità dell'assistenza tra le varie componenti della rete dei servizi territoriali e fra questi e l'Ospedale – ammissione e dimissione protetta.

- *Ambito di intervento.*

L'UTAP coinvolge i Comuni di ..., per un bacino di utenza di assistiti (adulti e bambini), i Medici di Assistenza Primaria e l'équipe di Medici di Continuità Assistenziale. La sede di riferimento è a ... , luogo baricentrico rispetto al territorio individuato. La sede consta di ... studi medici, ... sala prelievi, ambienti per l'équipe infermieristica dell'ADI, ... ufficio amministrativo e ... postazione per l'assistente sociale. Gli ambulatori accolgono anche la presenza di Specialisti ambulatoriali.

- *Valenza sanitaria dei risultati ottenibili.*

Il modello organizzativo prevede una maggiore copertura assistenziale sia attraverso l'attivazione di un call center professionalizzato attivo per 12h/gg, sia attraverso la garanzia di una copertura ambulatoriale cumulativa, tra la sede di riferimento e gli ambulatori periferici, di 12h/gg, sia attraverso la garanzia della rintracciabilità o contattabilità del Medico di Assistenza Primaria per 12h/gg (dalle ore 8.00 alle ore 20.00).

Come già evidenziato precedentemente, l'attivazione del call center professionalizzato, con funzioni anche di Centrale Operativa per le cure domiciliari, rappresenta un efficace strumento di comunicazione fra gli operatori del territorio e supporta di fatto l'implementazione della Continuità dell'assistenza.

Riferimenti normativi per la forma organizzativa Unità Territoriale di Assistenza Primaria - UTAP

Relativamente alla sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si prende come base di riferimento l'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP;

Requisiti specifici per la forma organizzativa UTAP

- 1) le UTAP possono essere, indicativamente, da 4 a 8 ogni 100.000 abitanti;
- 2) ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di Libera Scelta, un numero di Specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di Medici di Continuità Assistenziale idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste;
- 3) la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei Medici di Assistenza Primaria, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento ("piccole urgenze") e di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista;
- 4) le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- 5) in tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell'utente e dovranno essere definite funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- 6) l'insieme dei medici che operano nell'UTAP individuano un referente;
- 7) i medici dell'UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio;

- 8) il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi dell'UTAP;
- 9) l'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare;
- 10) l'UTAP orienta l'attività di Assistenza Primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni;
- 11) le attrezzature comprendono, oltre alle attrezzature di carattere sanitario adeguate per l'attività da svolgere, anche mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle Aziende ULSS di riferimento per consentire:
 - la messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda ULSS anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - il collegamento al CUP ove presente;
 - la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
 - la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;
- 12) l'UTAP dialoga con il Distretto socio-sanitario di riferimento, con l'Ospedale, con gli altri poli della rete integrata, nonché con la direzione dell'Azienda ULSS;
- 13) pur essendo la sede dell'UTAP unica è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica (es. aree montane ed a bassa densità di popolazione). Nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno pertanto da valutare la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione (presenza di ultra sessantacinquenni, disabili o soggetti vulnerabili). In caso di presenza capillare di studi periferici l'orario di apertura della sede centrale potrà essere strutturato in modo da tenere conto del vincolo degli studi periferici. Spetta comunque all'Azienda, al Comitato dei Sindaci del Distretto e ai componenti dell'UTAP la formulazione di accordi in merito all'eventuale mantenimento e/o chiusura degli studi periferici;
- 14) l'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
 - a) un modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda ULSS metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e operatori delle équipe distrettuali; con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni (assistenti sociali ed équipe assistenziale). In questo caso, previa sperimentazione, il rapporto fra UTAP e Azienda/Distretto deve essere gestito tramite la stipula di specifico "contratto" pluriennale con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti:
 - b) obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;
 - c) un altro: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'Azienda ULSS; nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi. Il rapporto con l'Azienda/Distretto sociosanitario, previa sperimentazione, deve essere gestito in modo "formale" e "sostanziale" secondo uno specifico "contratto" con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;

- 15) per assicurare una corretta relazione fra soggetti giuridicamente riconosciuti si rende necessario che venga definita la forma societaria che intende assumere l'UTAP e si realizzi la conseguente designazione di un rappresentante legale della stessa;
- 16) stante il vincolo delle risorse previste per la gestione dell'Assistenza Primaria, le risorse utilizzate per l'UTAP devono derivare da processi di razionalizzazione del sistema;
- 17) l'UTAP deve prevedere l'accesso allo studio tramite un efficiente sistema di prenotazione. Tale servizio deve funzionare come minimo per 12 ore giornaliere (8.00-20.00) e di sabato mattina (8.00-12.00), deve garantire la risposta alla chiamata entro le 12 ore ed essere valutabile attraverso specifici standard di attività (es. tempo medio di attesa per una visita e/o tempo che intercorre tra l'orario di prenotazione e di effettivo ingresso nello studio);
- 18) la programmazione degli accessi allo studio, la richiesta delle visite domiciliari, la reiterazione di ricette, le richieste di contatto telefonico programmato, le richieste di consulto diretto con il medico, proposti attraverso un servizio di segreteria/call center, devono essere finalizzati a garantire:
 - l'accesso programmato allo studio del proprio medico con un tempo di attesa per la visita in studio stabilito come standard di servizio dalla relativa "carta dei servizi", una sicura contattabilità per il ritiro delle ricette reiterate ed un sicuro contatto telefonico programmato. Inoltre deve essere in grado di dare certezza della effettuazione della eventuale visita domiciliare;
 - la possibilità per l'assistito di un accesso allo studio di altro medico in caso di bisogno;
- 19) l'utilizzo di un software unico o di strumenti di cooperazione applicativa in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione dell'assistito e di prevedere le modalità operative di integrazione informativa tra Azienda ULSS, medici dell'UTAP e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con soggetti esterni alla rete aziendale (es. Comuni, Case di riposo, ecc.);
- 20) lo sviluppo di un progetto integrato di raccolta del consenso e di gestione del trattamento dei dati in conformità alle prescrizioni del Codice Privacy, in particolare nella prospettiva di attivare flussi informativi su refertazioni direttamente dallo studio del medico;
- 21) l'impegno a prevedere forme di integrazione con le specialità dell'Ospedale e le forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'effettiva appropriatezza delle prestazioni;
- 22) è ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità, con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale. Spetta alle Aziende e alle OO.SS. applicare i suesposti criteri secondo le specificità locali.

Le performance dell'UTAP

Gli standard di qualità dell'accoglimento dell'utenza

- Tempo di attesa per fissare un appuntamento per una visita (lista d'attesa)
→ entro le 24 ore se la visita non è differibile.
- Tempo medio di attesa in ambulatorio (ritardo rispetto all'orario fissato di appuntamento)
→ mediamente al massimo 15 minuti, fatte salve le cause di forze maggiore.
- Tempo medio di una visita (periodicità di prenotazione)
→ da 10 a 15 minuti "dedicati" al paziente.
- Tempo giornaliero dedicato alla consulenza telefonica per bisogni non differibili
→ in ogni momento della giornata tramite il trasferimento di chiamata al proprio Medico di famiglia attraverso il call center.
- Rintracciabilità o contattabilità del Medico di famiglia da parte del call center
→ dalle ore 8.00 alle ore 20.00 tramite il cellulare privato.

SCHEDA OPERATIVA DEL PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Ogni Azienda definisce il proprio Piano per il potenziamento dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della presente scheda. Tale scheda viene presentata alla Regione per l'approvazione.

REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS N. _____					
ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE - DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011					
Scheda predisposta sentito Comitato Aziendale Medicina Generale					
ORGANIZZAZIONE					
Individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali: n.ro					
Nomina del Medico Coordinatore: n. ro					
Pianificazione dello sviluppo delle forme associative complesse					
Le domande di autorizzazione della Medicina di Gruppo Integrata dovranno essere convalidate dagli Uffici regionali competenti					
Tipologia forme	Tot. MAP				Tot Assistiti
	Conversione in gruppo				
	Quantità	Costi			
Singolo					
Associazione semplice					
Rete					
Tipologia forme	Tot. MAP				Tot Assistiti
	Prima	Dopo	Quantità	Costi	
Gruppo					
Gruppo Integrato					
UTAP aggregata					
UTAP integrata					
Coordinamento degli studi medici nelle forme associative evolute					
Elementi quantitativi	SI/NO	Strumenti		Modalità:descrizione	
Contattabilità dalle ore 8.00 alle ore 20.00					
Accessibilità: 7 ore giornaliere					
Sistema Informativo					
Elementi qualitativi	SI/NO	Strumenti		Modalità:descrizione	
Rete orizzontale					
Rete verticale					
Monitoraggio e verifica					
Elementi di sistema	SI/NO	Strumenti		Modalità:descrizione	
Indicatori					
Reportistica					
Condivisone dei risultati					

APPROPRIATEZZA

Definizione del sistema di appropriatezza in attuazione delle DGRV 3578 del 24 novembre 2009 e DGRV n 3140 del 14.12.2010, coerentemente alle linee di indirizzo e operative del presente documento. Un positivo risultato di gestione può produrre risorse da investire in fattori produttivi.

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo dei progetti di appropriatezza sono:

Area dei ricoveri ospedalieri

Area delle prestazioni specialistiche

Area della farmaceutica

Area	Progetto: SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
Area dei ricoveri ospedalieri			
Area delle prestazioni specialistiche			
Area della farmaceutica			

OBIETTIVI DI SALUTE

- Obiettivi regionali: Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico;
- Obiettivi aziendali: attuazione degli obiettivi regionali sopra richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali.

Obiettivi aziendali			
Attuazione degli obiettivi regionali		Attuazione degli obiettivi contenuti nei Patti Aziendali	
Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione

Assistenza Territoriale tramite le Cure Primarie.

Regione Veneto: dati di sintesi e di approfondimento per ambito territoriale provinciale e per dimensione aziendale

REGIONE VENETO Medici di Assistenza Primaria - MAP Dati di sintesi al 22.12.2011		
FORME	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	608	553.767
ASSOCIAZIONE	1.121	1.443.733
RETE	417	550.338
GRUPPO	970	1.302.654
GRUPPO INTEGRATO	22	25.854
UTAP (da rete ACN)	19	23.179
UTAP (da gruppo ACN)	238	312.274
TOTALE COMPLESSIVO	3.395	4.211.799

REGIONE VENETO Stato di attivazione Unità Territoriali di Assistenza Primaria al 15.12.2011			
UTAP	Attivate: 35		
	Tipo aggregata	Tipo Integrata	Altro
	19	17	7
UTAP	Non attivate: 8		

REGIONE VENETO Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta che aderiscono alle UTAP						
REGIONE VENETO	UTAP			Altre Forme innovative		
	UTAP 2010	MAP 2010	PLS 2010	Altre forme 2010	MAP 2010	PLS 2010
NUMERO TOTALE	36	253	3	3	10	8
	UTAP 2011	MAP 2011	PLS 2011	Altre forme	MAP 2011	PLS 2011
TOTALE	35	276	8	4	21	8

REGIONE VENETO
Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011
(dati riferiti al 30.11.2011)

- **DGR n. 1575/09** "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e **DGR n. 3578/09** "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza."
- **DGR n. 41 del 18.1.2011** "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"

AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
21	18	21	13	7	2	20	14	23	8	4	2

Regione del Veneto: dato complessivo.

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	608	553.767	10,10	5.593.046,70	580.278,60	6.173.325,30
ASSOCIAZIONE	2,58	1.121	1.443.733	7,52	10.856.872,16	1.126.400,49	11.983.272,65
RETE	4,70	417	550.338	5,40	2.971.825,20	308.326,86	3.280.152,06
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	970	1.302.654				
GRUPPO INTEGRATO		22	25.854				
UTAP (da rete ACN)		19	23.179				
UTAP (da gruppo ACN)		238	312.274				
TOTALE COMPLESSIVO		3.395	4.211.799		19.421.744,06	2.015.005,95	21.436.750,01

Costo Informatica per Azienda ULSS

AULSS N.	N. MAP	IMPORTO
1	90	183.834,26
2	58	118.470,97
3	117	238.984,53
4	126	257.367,96
5	120	245.112,34
6	218	445.287,42
7	153	312.518,24
8	164	334.986,87
9	271	553.545,37
10	147	300.262,62
12	234	477.969,07
13	188	384.009,34
14	58	118.470,97
15	177	361.540,71
16	330	674.058,94
17	142	290.049,61
18	134	273.708,78
19	57	116.428,36
20	331	676.101,55
21	108	220.601,11
22	204	416.690,98
TOTALE	3427	7.000.000,00

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: BELLUNO

Azienda Ulss n. 1 –Belluno

N. 2 UTAP di tipo aggregata attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
90	14	104

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 “Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005” e DGR n. 3578/09 “Dgr n. 1575 del 26.5.2009: “Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005”. Appropriatelyzza.” - DGR n. 41 del 18.1.2011 “Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi”											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1		1		1				1		1	

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa.

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	6	6.103	10,10	61.637,78	6.394,92	68.032,69
ASSOCIAZIONE	2,58	58	73.356	7,52	551.637,12	57.232,35	608.869,47
RETE	4,70	6	8.345	5,40	45.063,00	4.675,29	49.738,29
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	5	7.189				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		15	17.379				
TOTALE COMPLESSIVO		90	112.372		658.337,90	68.302,56	726.640,45

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
90	183.834,26

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella “Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa”)
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella “Costo Informatica”)

Azienda Ulss n. 2 - Feltre

N. 1 UTAP di tipo aggregata attivata al 30.11.2011 e 1 non attivata

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
57	10	67

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1				1		1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa.

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	9	6.958	10,10	70.275,80	7.291,11	77.566,91
ASSOCIAZIONE	2,58	17	22.488	7,52	169.109,76	17.545,14	186.654,90
RETE	4,70	13	19.076	5,40	103.010,40	10.687,33	113.697,73
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	6	7.730				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		12	16.908				
TOTALE COMPLESSIVO		57	73.160		342.395,96	35.523,58	377.919,54

Costo informatica

N. MAP	IMPORTO
58	118.470,97

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: VICENZA

Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa

N. 2 UTAP non attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
117	25	142

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 “Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005” e DGR n. 3578/09 “Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza.” - DGR n. 41 del 18.1.2011 “Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi”											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1	1		

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	11	10.299	10,10	104.019,90	10.792,06	114.811,96
ASSOCIAZIONE	2,58	29	36.353	7,52	273.374,56	28.362,61	301.737,17
RETE	4,70	36	46.775	5,40	252.585,00	26.205,69	278.790,69
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	41	57.108				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		0	16.908				
TOTALE COMPLESSIVO		117	167.443		629.979,46	65.360,37	695.339,83

Costo informatica

N. MAP	IMPORTO
117	238.984,53

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella “Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa”)
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella “Costo Informatica”)

Azienda Ulss n. 4 Thiene

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011. Dall' 11.2.2009 attivazione sperimentale di una medicina di gruppo Integrata

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
127	21	148

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	12	9.750	10,10	98.475,00	10.216,78	108.691,78
ASSOCIAZIONE	2,58	41	51.826	7,52	389.731,52	40.434,65	430.166,17
RETE	4,70	19	23.697	5,40	127.963,80	13.276,24	141.240,04
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	26	37.658				
GRUPPO INTEGRATO		10	12.984				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		19	24.097				
TOTALE COMPLESSIVO		127	160.012		616.170,32	63.927,67	680.097,99

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
126	257.367,96

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranches (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss n. 5 Arzignano

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011.

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
123	22	145

REGIONE VENETO Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	24	21.481	10,10	216.958,10	22.509,40	239.467,50
ASSOCIAZIONE	2,58	18	23.776	7,52	178.795,52	18.550,04	197.345,56
RETE	4,70	19	26.067	5,40	140.761,80	14.604,04	155.365,84
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	48	67.679				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		14	18.781				
TOTALE COMPLESSIVO		123	157.784		536.515,42	55.663,47	592.178,89

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
120	245.112,34

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Con DGR n. 2345 del 29.12.2011 è stata approvata l'attivazione di una Medicina di Gruppo Integrata in località Cornedo Vicentino ed assegnato un finanziamento di €. 160.638,45= che dovrà essere decurtato dalle disponibilità indicate nella presente scheda.

Azienda Ulss n. 6 Vicenza

N. 2 UTAP attivate al 30.11.2011, una di tipo integrata e una di tipo aggregato.

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
218	40	258

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1	1	1	1

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	34	32.439	10,10	327.633,90	33.992,02	361.625,92
ASSOCIAZIONE	2,58	56	71.316	7,52	536.296,32	55.640,74	591.937,06
RETE	4,70	55	70.972	5,40	383.248,80	39.762,06	423.010,86
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	58	75.393				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		15	22.091				
TOTALE COMPLESSIVO		218	272.211		1.247.179,02	129.394,82	1.376.573,84

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
218	445.287,42

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: TREVISO

Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
152	27	179

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 “Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005” e DGR n. 3578/09 “Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza.” - DGR n. 41 del 18.1.2011 “Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi”											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	41	42.290	10,10	427.129,00	44.314,63	471.443,63
ASSOCIAZIONE	2,58	56	74.582	7,52	560.856,64	58.188,88	619.045,52
RETE	4,70	13	16.687	5,40	90.109,80	9.348,89	99.458,69
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	30	39.819				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		12	15.898				
TOTALE COMPLESSIVO		152	189.276		1.078.095,44	111.852,40	1.189.947,84

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
153	312.518,24

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella “Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa”). L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella “Costo Informatica”).

Azienda Ulss n. 8 Asolo

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
164	31	195

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 “Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005” e DGR n. 3578/09 “Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatazza.” - DGR n. 41 del 18.1.2011 “Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi”											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1				1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2012: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	30	37.045	10,10	374.154,50	38.818,53	412.973,03
ASSOCIAZIONE	2,58	54	70.273	7,52	528.452,96	54.826,99	583.279,95
RETE	4,70	10	14.832	5,40	80.092,80	8.309,63	88.402,43
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	56	72.116				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		14	21.213				
TOTALE COMPLESSIVO		164	215.479		982.700,26	101.955,15	1.084.655,41

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
164	334.986,87

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella “Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa”) L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella “Costo Informatica”)

Azienda Ulss n. 9 Treviso

N. 2 UTAP attivate al 30.11.2011, una di tipo aggregato e una di tipo "altro"

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
270	52	322

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1		1				1	1	1	1		

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	68	69.832	10,10	705.303,20	73.175,21	778.478,41
ASSOCIAZIONE	2,58	102	140.869	7,52	1.059.334,88	109.905,99	1.169.240,87
RETE	4,70	29	43.699	5,40	235.974,60	24.482,36	260.456,96
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	65	95.984				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		6	8.245				
TOTALE COMPLESSIVO		270	358.629		2.000.612,68	207.563,57	2.208.176,25

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
271	553.545,37

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: VENEZIA

Azienda Ulss n. 10 San Donà di Piave

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
148	21	169

REGIONE VENETO Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
<ul style="list-style-type: none"> - Nota regionale prot. n. 2253 del 5.1.2010: comunicazione alle Aziende Ulss che la presa d'atto della quota C) è implicita con la presa d'atto del PAL - DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi" 											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1		1				1		1	1		

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	29	23.737	10,10	239.743,70	24.873,41	264.617,11
ASSOCIAZIONE	2,58	51	71.405	7,52	536.965,60	55.710,18	592.675,78
RETE	4,70	4	5.454	5,40	29.451,60	3.055,60	32.507,20
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	51	67.349				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		13	18.464				
TOTALE COMPLESSIVO		148	186.409		806.160,90	83.639,19	889.800,09

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
147	300.262,62

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranches (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")

L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss n. 12 VENEZIANA

N. 2 UTAP di tipo aggregato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 19.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
234	33	267

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatazza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1	1		1		1	1		

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	34	29.286	10,10	295.788,60	30.688,07	326.476,67
ASSOCIAZIONE	2,58	96	106.909	7,52	803.955,68	83.410,40	887.366,08
RETE	4,70	7	7.432	5,40	40.132,80	4.163,78	44.296,58
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	82	104.101				
GRUPPO INTEGRATO		12	12.870				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		3	4.223				
TOTALE COMPLESSIVO		234	264.821		1.139.877,08	118.262,25	1.258.139,33

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
234	477.969,07

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa") L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss 13 Mirano

N. 2 UTAP attivate al 30.11.2011, una di tipo integrata e una di tipo aggregato

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
187	30	217

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1		1		1		1		1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.11: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	24	19.257	10,10	194.495,70	20.178,93	214.674,63
ASSOCIAZIONE	2,58	49	59.970	7,52	450.974,40	46.788,59	497.762,99
RETE	4,70	31	39.490	5,40	213.246,00	22.124,27	235.370,27
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	70	92.623				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		13	18.433				
TOTALE COMPLESSIVO		187	229.773		858.716,10	89.091,80	947.807,90

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
188	384.009,34

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss 14 Chioggia

N. 1 UTAP di tipo aggregata attivata al 30.11.2011 e 1 non attivata

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
58	6	64

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1	1	1	1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	1	63	10,10	636,30	66,02	702,32
ASSOCIAZIONE	2,58	8	7.505	7,52	56.437,60	5.855,40	62.293,00
RETE	4,70	17	17.999	5,40	97.194,60	10.083,94	107.278,54
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	24	27.051				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		8	9.802				
TOTALE COMPLESSIVO		58	62.420		154.268,50	16.005,36	170.273,86

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
58	118.470,97

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: PADOVA

Azienda Ulss 15

N. 2 UTAP attivate al 30.11.2011, una di tipo integrata e una di tipo aggregato. Inoltre dal 1.3.2010 è stato attivato un progetto sperimentale di Medicina di Gruppo Integrata.

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
176	28	204

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1 ^a fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1 ^a fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1	1		1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	23	16.165	10,10	163.266,50	16.938,90	180.205,40
ASSOCIAZIONE	2,58	57	73.941	7,52	556.036,32	57.688,77	613.725,09
RETE	4,70	33	46.576	5,40	251.510,40	26.094,20	277.604,60
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	39	49.601				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		24	30.211				
TOTALE COMPLESSIVO		176	216.494		970.813,22	100.721,87	1.071.535,09

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
177	361.540,71

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranches (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss 16 di Padova

N. 1 UTAP di tipo "altro" attivata al 30.11.2011
e 3 UTAP non attivate

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
323	55	378

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1				1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
NGOLO	0,00	60	57.641	10,10	582.174,10	60.400,56	642.574,66
ASSOCIAZIONE	2,58	131	172.766	7,52	1.299.200,32	134.792,03	1.433.992,35
RETE	4,70	48	67.721	5,40	365.693,40	37.940,69	403.634,09
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	84	117.351				
GRUPPO INTEGRATO							
UTAP (da rete ACN)							
UTAP (da gruppo ACN)							
TOTALE COMPLESSIVO		323	415.479		2.247.067,82	233.133,29	2.480.201,11

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
330	674.058,94

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss 17 Este

N. 3 UTAP di tipo aggregato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
141	18	159

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1				1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	27	22.150	10,10	223.715,00	23.210,43	246.925,43
ASSOCIAZIONE	2,58	28	31.303	7,52	235.398,56	24.422,60	259.821,16
RETE	4,70	25	28.789	5,40	155.460,60	16.129,04	171.589,64
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	21	25.586				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		19	23.179				
UTAP (da gruppo ACN)		21	28.918				
TOTALE COMPLESSIVO		141	159.925		614.574,16	63.762,07	678.336,23

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
142	290.049,61

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: ROVIGO

Azienda Ulss n. 18 Rovigo

N. 2 UTAP di tipo integrato attivate al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
132	16	148

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	26	21.561	10,10	217.766,10	22.593,23	240.359,33
ASSOCIAZIONE	2,58	61	79.313	7,52	596.433,76	61.880,00	658.313,76
RETE	4,70	0	0	5,40	0,00	0,00	0,00
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	27	33.375				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		18	19.047				
TOTALE COMPLESSIVO		132	153.296		814.199,86	84.473,24	898.673,10

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
134	273.708,78

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa") L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss n. 19 Adria

N. 2 UTAP attivate al 30.11.2011, una di tipo integrata e una di tipo "altro".

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
57	7	64

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatelyzza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1				1		1	1		

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	5	3.059	10,10	30.895,90	3.205,45	34.101,35
ASSOCIAZIONE	2,58	0	0	7,52	0,00	0,00	0,00
RETE	4,70	42	52.356	5,40	282.722,40	29.332,45	312.054,85
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	1	1.215				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		9	11.336				
TOTALE COMPLESSIVO		57	67.966		313.618,30	32.537,90	346.156,20

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
57	116.428,36

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa") L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

APPROFONDIMENTO TERRITORIALE – AREA PROVINCIALE: VERONA

Azienda Ulss n. 20 Verona

N. 1 UTAP di tipo aggregato attivata al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
314	61	377

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatezza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	81	79.435	10,10	802.293,50	83.237,95	885.531,45
ASSOCIAZIONE	2,58	103	141.413	7,52	1.063.425,76	110.330,42	1.173.756,18
RETE	4,70	4	6.036	5,40	32.594,40	3.381,67	35.976,07
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	119	160.156				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		7	9.640				
TOTALE COMPLESSIVO		314	396.680		1.898.313,66	196.950,04	2.095.263,70

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
331	676.101,55

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")
L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss n. 21 Legnago

N. 1 UTAP di tipo integrato attivata al 30.11.2011

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
105	20	127

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011

(dati riferiti al 30.11.2011)

- **DGR n. 1575/09** "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e **DGR n. 3578/09** "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatazza."
- **DGR n. 41 del 18.1.2011** "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"

AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1	1	1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	21	18.780	10,10	189.678,00	19.679,09	209.357,09
ASSOCIAZIONE	2,58	28	35.561	7,52	267.418,72	27.744,69	295.163,41
RETE	4,70	6	8.335	5,40	45.009,00	4.669,68	49.678,68
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	45	61.592				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		5	6.308				
TOTALE COMPLESSIVO		105	130.576		502.105,72	52.093,47	554.199,19

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
108	220.601,11

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa")

L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")

Azienda Ulss n. 22 Bussolengo

N. 1 UTAP di tipo integrato attivata al 30.11.2011 e una non attivata

Medici in servizio per tipologia alla data del 22.12.2011		
Medici Generici	Medici Pediatri	Totale
202	39	241

Tabella sintetica Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)											
- DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr nn. 4395 del 30.12.2005, 2667 del 7.8.2006 e 3220 del 25.10.2005" e DGR n. 3578/09 "Dgr n. 1575 del 26.5.2009: "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgr n. 4395 del 30.12.2005, n. 2667 del 7.8.2006 e n. 3220 del 25.10.2005". Appropriatazza." - DGR n. 41 del 18.1.2011 "Attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009-2010. Indirizzi"											
AP	Quota C	CA	Quota C	EST	Quota C	PLS	Quota C	SAI	Quota C	Altre prof.tà	Quota C
1	1	1	1			1		1			

Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa

FORME ASSOCIATIVE	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	Indennità spettante in toto o per differenza per nuova Forma Associativa (€)	Spesa aggiuntiva prevista (€)	Oneri Aziendali (€)	Tot Spesa aggiuntiva + Oneri Az.li (€)
SINGOLO	0,00	42	29.529	10,10	298.242,90	30.942,70	329.185,60
ASSOCIAZIONE	2,58	78	98.804	7,52	743.006,08	77.086,88	820.092,96
RETE	4,70	0	0	5,40	0,00	0,00	0,00
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	72	101.978				
GRUPPO INTEGRATO		0	0				
UTAP (da rete ACN)		0	0				
UTAP (da gruppo ACN)		10	11.280				
TOTALE COMPLESSIVO		202	241.591		1.041.248,98	108.029,58	1.149.278,56

Costo Informatica

N. MAP	IMPORTO
204	416.690,98

N.B. Alla presentazione e approvazione del Piano Aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria verrà erogata una quota del finanziamento complessivo per consentire la realizzazione delle azioni previste dal documento aziendale. Successivamente, conformemente allo sviluppo del Piano, verranno erogate le ulteriori tranche (riferimento Tabella "Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011: previsione di spesa per nuova forma associativa") L'importo complessivo per il contributo sull'informatizzazione verrà riconosciuto a ciascuna Azienda sulla base dello sviluppo dell'informatizzazione verificato dagli Uffici regionali competenti (riferimento Tabella "Costo Informatica")