



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**PIANI AZIENDALI PER IL POTENZIAMENTO
DELL' ASSISTENZA PRIMARIA**

REPORT DI SINTESI E DI APPROFONDIMENTO

MAGGIO 2012

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

I contenuti del presente Report di sintesi e di approfondimento sui Piani Aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria sono stati elaborati e prodotti dal gruppo di lavoro composto da: **Renato Rubin, Elisabetta Gandolfo, Bruna Leporini**

INDICE

INTRODUZIONE	5
DATI DI SINTESI	11
Dimensionamento attuale delle Aziende e dei Distretti Socio-Sanitari	13
Assistenza Primaria	16
Le Aggregazioni Funzionali Territoriali	19
Le forme associative	27
Appropriatezza	31
Obiettivi di salute	45
APPROFONDIMENTO	55
Questa sezione è dedicata all'approfondimento dei contenuti presentati in forma sintetica nelle pagine precedenti con il riferimento analitico a ciascuna Azienda Socio Sanitaria in modo da poter rendere disponibili dati ed informazioni omogenee, riguardanti:	
<ul style="list-style-type: none">▪ contesto ed assetto organizzativo della Medicina Convenzionata alla data del 22.12.2011 (Medici in servizio; numero e tipologia di UTAP attivate; numero e tipologia di Patti Aziendali vigenti)▪ previsione di spesa per nuove forme associative (DGR n. 1666 del 18.10.2011);▪ determinazione finanziaria relativa all'informatizzazione di cui alla DGR n. 2258 del 20.12.2011;▪ dimensionamento ed articolazione dell'Azienda attraverso i Distretti Socio Sanitari;▪ popolazione, per fasce d'età, con indice di vecchiaia e indice di dipendenza;▪ il Piano Aziendale per il Potenziamento dell'Assistenza Primaria:<ul style="list-style-type: none">- numero complessivo dei Medici di Assistenza Primaria;- numero complessivo, localizzazione, dimensionamento ed eventuale ipotesi organizzativa delle Aggregazioni Funzionali Territoriali;- importo pre-determinato del finanziamento regionale di cui alla DGR n. 1666/2011- sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo- obiettivi e indicatori di performance per l'Area Sanitaria relativamente ai ricoveri ospedalieri, alle prestazioni specialistiche e all'assistenza farmaceutica, con il riferimento al valore soglia per l'anno 2011;- obiettivi di salute regionali e aziendali esplicitati nei Patti Aziendali	
Azienda Ulss n. 1	59
Azienda Ulss n. 2	65
Azienda Ulss n. 3	71
Azienda Ulss n. 4	77
Azienda Ulss n. 5	83
Azienda Ulss n. 6	87
Azienda Ulss n. 7	93
Azienda Ulss n. 8	99
Azienda Ulss n. 9	105

Azienda Ulss n. 10	111
Azienda Ulss n. 12	117
Azienda Ulss n. 13	123
Azienda Ulss n. 14	129
Azienda Ulss n. 15	135
Azienda Ulss n. 16	141
Azienda Ulss n. 17	147
Azienda Ulss n. 18	151
Azienda Ulss n. 19	157
Azienda Ulss n. 20	163
Azienda Ulss n. 21	169
Azienda Ulss n. 22	175
ALLEGATO: ESTRATTO DEL MANUALE OPERATIVO “ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE”	179
APPENDICE: ELENCO DEI PROVVEDIMENTI REGIONALI RIGUARDANTI IL MODELLI DI RIFERIMENTO PER L’ASSISTENZA PRIMARIA	207

INTRODUZIONE

Il modello assistenziale, definito e delineato con DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011 prevede, nella fase di avvio, la predisposizione, da parte delle Aziende Socio-Sanitarie, dei Piani aziendali per il potenziamento dell'assistenza primaria.

Con nota n. 36879 del 25 gennaio 2012 del Segretario Regionale alla Sanità sono state sintetizzate le azioni per l'attuazione del modello regionale per l'assistenza primaria tramite i Piani aziendali, secondo le indicazioni contenute nello specifico Manuale Operativo, il cui estratto è allegato al presente Report.

Nei termini previsti, sono pervenuti 20 Piani su 21 (Azienda 22), che delineano lo sviluppo di una progettualità complessiva per la riorganizzazione della Assistenza Primaria, per il biennio 2012/2013.

A.ULSS	PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
1	Pervenuto
2	Pervenuto
3	Pervenuto
4	Pervenuto
5	Pervenuto
6	Pervenuto
7	Pervenuto
8	Pervenuto
9	Pervenuto
10	Pervenuto
12	Pervenuto
13	Pervenuto
14	Pervenuto
15	Pervenuto
16	Pervenuto
17	Pervenuto
18	Pervenuto
19	Pervenuto
20	Pervenuto
21	Pervenuto
22	

In sintesi la pianificazione aziendale ha inteso sviluppare la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- garantire l'accessibilità h 12 e la continuità dell'assistenza h 24 esplicitando come si intende operare per dare risposte ai seguenti INDICATORI:
 - di struttura, derivanti dalle rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure (esplicitati nella carta dei servizi);
 - di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività;
 - di esito, espressi al fine di garantire il supporto all'audit;

- realizzare una effettiva presa in carico della cronicità con evidenza nella cartella utente del medico, per le patologie croniche in generale, della raccolta sistematica di informazioni riguardo alla patologia e alla sua prevalenza e complicità, a parametri antropometrici, ad azioni di prevenzione e di counselling , a risultati clinici secondo il modello proposto dalla SIMG (che qui viene richiamato a titolo di riferimento scientifico);
- rispettare vincoli di sostenibilità economica con il contributo fondamentale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta

Ne consegue che l'organizzazione dell'Assistenza Primaria attraverso il nuovo Modello descritto negli atti di indirizzo regionali, è stata declinata nella programmazione aziendale attraverso le:

1. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, AFT
2. FORME ASSOCIATIVE:
 - MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATO, MdGI
 - UNITA' TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA, UTAP
 - MEDICINE DI GRUPPO, MdG
 - MEDICINE IN RETE

Ciascuna Azienda ha delineato possibili prospettive di sviluppo della Medicina Convenzionata pianificando le forme associative in RETE, GRUPPO e INTEGRATE secondo un modello finalizzato al conseguimento degli obiettivi strategici dell'Azienda, che dovranno essere modulate tenendo conto delle seguenti condizioni:

- la specifica organizzazione dell'assistenza territoriale,
- la quota assegnata dal Fondo regionale,
- la sostenibilità da conseguire con la Medicina Convenzionata,
- la riallocazione di risorse conseguente a processi di razionalizzazione della rete ospedaliera.

I dati e le informazioni di sintesi e approfondimento proposti in queste pagine, complessivamente e per articolazione territoriale, sono finalizzati a documentare come le Aziende Socio Sanitarie abbiano tradotto gli indirizzi regionali in termini programmatici con riferimento all'attuale dimensionamento ed assetto organizzativo delle Aziende stesse.

Nel dimensionamento attuale delle Aziende e dei Distretti Socio-Sanitari, hanno trovato realizzazione gli atti di pianificazione aziendale relativi all'Assistenza Primaria, oggetto del processo di riorganizzazione della Medicina Convenzionata di cui alle DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011.

In questo contesto sono stati considerati i dati sulla popolazione (per fasce d'età; indice di vecchiaia e di dipendenza) in quanto riferimenti certi e conosciuti dalle Aziende Socio Sanitarie, rappresentano uno dei criteri su cui vengono assegnate annualmente le risorse finanziarie ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e risultano propedeutici a considerare i bisogni di salute di una determinata comunità, a programmare e gestire il carico assistenziale delle fragilità, cronicità e post acuzie nell'ambito del contesto organizzativo rappresentato dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Una delle componenti qualificanti dei Piani Aziendali predisposti dalle Aziende Socio Sanitarie è rappresentata dall'appropriatezza generata dalla Medicina Convenzionata, riconosciuta nell'ambito dei Patti Aziendali.

I Patti aziendali¹ costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Con DGR n. 1575 del 26 maggio 2009² è stato, tra l'altro, stabilito che il Patto Aziendale preveda di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano anche attraverso gli strumenti del governo clinico, per conseguire anche:

- un utilizzo appropriato dell'ospedale,
- un utilizzo appropriato del farmaco,
- un utilizzo appropriato della specialistica,
- il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

Le Aziende hanno quindi proceduto alla rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici; continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica/ospedale; modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno; modelli organizzativi integrati).

In questo contesto i Piani Aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria sono stati esaminati anche attraverso gli obiettivi assegnati con DGR 3140/2010³ e DGR 2369/2011⁴, in Area Sanitaria per quanto attiene i ricoveri ospedalieri, le prestazioni specialistiche e l'assistenza farmaceutica. Tali obiettivi vengono richiamati a pagina 8 del presente Report, con i relativi indicatori di performance.

Dal portale del Datawarehouse della Sanità e dal Report relativo al monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Aziende Socio Sanitarie con i provvedimenti sopra citati, sono stati estratti, rappresentati complessivamente e per articolazione territoriale, i valori soglia riguardanti gli Obiettivi per l'Area Sanitaria -Appropriatezza riferiti all'anno 2011 e presentati nella sezione "Sintesi" a pagina 31.

¹ di cui all'Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001 e successive modifiche ed integrazioni

² DGR n. 1575 del 26 maggio 2009 - Attuazione del modello regionale di riferimento per le Cure primarie: I^a fase 2009. DGR n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 7/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005. Appropriatezza.

³ Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto oncologico veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 5, del D.Lgs n. 502/1992 e all'art. 1, comma 5, del DPCM n. 502/1995.

⁴ Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda ospedaliera di Padova, all'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto oncologico veneto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 5, del D.Lgs n. 502/1992 e all'art. 1, comma 5, del DPCM n. 502/1995.

Area dei ricoveri ospedalieri					
	Obiettivo	Indicatore	Valore soglia per il 2011	Valore soglia per il 30.6.2012	Note
A.1	Ottimizzazione del numero dei ricoveri	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	Non superiore a 140 per mille	Non superiore a 140 per mille	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione ed invio in Regione, di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva
A.2	Razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera	Costo per residente pesato dell'assistenza ospedaliera (totale dei costi per assistenza ospedaliera al netto della mobilità attiva e dei costi generati)	Non superiore a €. 616 (non superiore a euro 626 per ULSS 6,9,12,18)	Non superiore a €. 616 (non superiore a euro 626 per ULSS 6,9,12,18)	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fasce di età. Fonti: Modello La 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011
Area delle prestazioni specialistiche					
	Obiettivo	Indicatore	Valore soglia per il 2011	Valore soglia per il 30.6.2012	Note
A.6	Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato, esclusa la diagnostica di laboratorio, esclusa la diagnostica di laboratorio)	4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 relative alla classe B)	4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 relative alla classe B)	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione ed invio in Regione, di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza

					prescrittiva
A.7	Razionalizzazione dell'assistenza specialistica	Costo per residente pesato dell'assistenza specialistica al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio	Non superiore a €160,00/anno	Non superiore a €160,00/anno	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fasce di età. Fonti: Modello La 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011
Area della farmaceutica					
	Obiettivo	Indicatore	Valore soglia per il 2011	Valore soglia per il 30.6.2012	Note
A.9	Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite, ottenuto sulla base della popolazione pesata	Non superiore a €147,00/anno	Non superiore a €145,00/anno	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia d'età

Il piano di lettura e analisi proposto in questo documento viene completato dalla rappresentazione complessiva su base regionale e articolata per dimensione aziendale degli obiettivi di salute, esplicitati dalle Aziende Socio Sanitarie nei documenti di pianificazione e contenuti nei richiamati Patti Aziendali, componente qualificante l'intero modello di assistenza.

Sulla base di quanto appena esposto, nella sezione "Sintesi" vengono rappresentati i dati e gli elementi conoscitivi riferiti alla dimensione regionale e nella sezione "Approfondimento" viene svolta la specificazione per dimensione aziendale.

Sarà cura del Gruppo Tecnico di riferimento, istituito con Decreto del Segretario Regionale alla Sanità n. 132 del 4.11.2011 e della Commissione Regionale Cure Primarie di cui alla DGR 2556 del 29.12.2011, formulare, sulla base dei dati e degli elementi conoscitivi contenuti nel presente Report, apposite linee operative.

DATI DI SINTESI

L'organizzazione ed elaborazione dei dati che compongono questa sezione del Report è stata curata dall'Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie.

I dati rappresentati relativi ai valori soglia riferiti all'anno 2011 riguardanti gli Obiettivi per l'Area Sanitaria – Appropriatelyzza, assegnati alle Aziende Socio con DGR n. 3140/10 e DGR n. 2369/11 sono stati estratti dal Datawarehouse regionale Sanità e dal Report relativo al monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Aziende Socio Sanitarie con DGR n. 3140/2010 e DGR n. 2369/2011

DIMENSIONAMENTO ATTUALE DELLE AZIENDE E DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI⁵

Tab. n. 1: Dimensione regionale, per ambito Aziendale e articolazione distrettuale

PROVINCIA	Popolazione al 30.4.2011	ULSS	Denominazione	Popolazione al 30.4.2011	n° distretti attuale
BELLUNO	213.601	1	Belluno	128.631	3
		2	Feltre	84.970	1
VICENZA	870.865	3	Bassano	180.517	2
		4	Alto Vicentino	188.426	2
		5	Ovest Vicentino	181.461	1
		6	Vicenza	320.461	4
TREVISO	885.528	7	Pieve di Soligo	219.303	2
		8	Asolo	249.289	2
		9	Treviso	416.936	4
VENEZIA	851.201	10	Veneto Orientale	216.929	3
		12	Veneziana	296.537	4
		13	Dolo-Mirano	268.872	2
		14	Chioggia	68.863	1
PADOVA	927.061	15	Alta Padovana	254.752	2
		16	Padova	486.930	6
		17	Este	185.379	2
ROVIGO	250.476	18	Rovigo	175.804	2
		19	Adria	74.672	1
VERONA	918.171	20	Verona	472.090	4
		21	Legnago	155.587	1
		22	Bussolengo	290.494	1
	4.916.903	21	TOTALE	4.916.903	50

Tab. n. 2 Dimensionamento degli attuali Distretti Socio-Sanitari

Classi Dimensionali	Aprile 2011
con meno di 30.000 abitanti	2
con 30.000 - 40.000 abitanti	2
con 40.000 - 50.000 abitanti	1
con 50.000 - 60.000 abitanti	1
con 60.000 - 100.000 abitanti	18
con più di 100.000 abitanti	20
Distretti Unici	6
	50*

⁵ Fonte: Rilevazione periodica realizzata dall'U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, Aprile 2011

BELLUNO		VICENZA		TREVISO		VENEZIA		PADOVA		ROVIGO		VERONA				
1 BELLUNO pop. 128.631	1-CADORE pop. 37.605	3 BASSANO del GRAPPA pop. 180.517	1-BASSANO (Pianura) pop. 159.014	7 PIEVE DI SOLIGO pop. 219.303	1 - NORD pop. 101.628	10 S.DONA' DI PIAVE pop. 216.929	1- Basso Piave pop. 81.839	15 ALTA PADOVANA pop. 254.752	1-SUD-EST pop. 133.562	18 ROVIGO pop. 175.804	Distretto 1 ROVIGO pop. 85.187	20 VERONA pop. 472.090	1 pop. 128.573			
	2-AGORDO pop. 20.413		2-ASIAGO (Montagna) pop. 21.503				2 - SUD pop. 117.676						2-Litorale pop.62.583 (con presenza turistica: 16 milioni di presenze)	2-NORD-OVEST pop. 121.190	Distretto 2 BADIA POLESINE pop. 90.617	2 pop. 106.439
	3-BELLUNO pop. 70.613												3- Portogruinese pop.72.507			3 pop. 105.775
2 FELTRE pop. 84.970	UNICO pop. 84970	4 ALTO VICENTINO pop.188.426	1 - THIENE Pop. 91.139	8 ASOLO pop. 249.289	1-ASOLO CASTELFRANCO pop. 142.585	12 VENEZIANA pop. 296.537	1-CENTRO STORICO pop. 59.621	16 PADOVA pop. 486.930	1 di PADOVA pop. 114.716	19 ADRIA pop. 74.672	UNICO pop. 74.672	21 LEGNAGO pop. 155.587	1 - LEGNAGO pop. 155.587			
			2 - SCHIO Pop.97.287				2-VALDOBBIADENE MONTEBELLUNA pop. 108.177		2-ESTUARIO + CAVALLINO TREPORTI pop. 43.413				2 di PADOVA pop. 94.571			
									3-MESTRE Centro e MESTRE Sud pop.118.186				3 di PADOVA pop. 98.505			
									4-MESTRE Nord + QUARTO D'ALTINO E MARCON pop. 75.317				4 SELVAZZANO - RUBANO pop.76.885			
													5 ABANO TERME pop. 36.913			
													6 PIOVE DI SACCO pop. 65.340			
5 OVEST VICENTINO pop. 181.461	UNICO pop. 181.461	9 TREVISO pop. 416.936	1-TREVISO pop. 106.204	13 MIRANO pop. 268.872	1 - NORD pop. 140.305	17 ESTE pop. 185.379	1-MONSELICE/ CONSELVE pop. 100.920	22 BUSSOLENGO pop. 290.494	UNICO pop. 290.494							
			2-PAESE-VILLORBA pop. 125.327													
			3-MOGLIANO V.TO pop. 100.077													
			4-ODERZO pop. 85.328													
6 VICENZA pop.320.461	1-VICENZA pop. 115.928	14 CHIOGGIA pop. 68.863	UNICO CHIOGGIA, CAVARZARE CONA													
				2-EST pop. 76.476												
				3-OVEST pop. 61.390												
				4-SUD-EST pop. 66.667												

Classi Dimensionali	Aprile 2011
con meno di 30.000 abitanti	2
con 30.000 - 40.000 abitanti	2
con 40.000 - 50.000 abitanti	1
con 50.000 - 60.000 abitanti	1
con 60.000 - 100.000 abitanti	18
con più di 100.000 abitanti	20
Distretti Unici	6
	50

Tab. n. 3- Regione Veneto. Dimensionamento attuale delle Aziende e dei Distretti Socio-Sanitari del Veneto, per ambito provinciale.

REGIONE VENETO. ASSISTENZA PRIMARIA

**Tab. n. 4: 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

**Tab. n.5 - Previsione di spesa per nuova forma associativa.
Dati riferiti ai Medici di Assistenza Primaria al 22.12.2011.**

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	5624283,48	583519,45	6.207.802,88
ASSOCIAZIONE	2,58	1.121	1.443.733	7,52	10.856.842,08	1126.397,35	11.983.239,43
RETE	4,70	417	550.338	5,40	2.971.825,20	308.326,85	3.280.152,05
GRUPPO	10,10 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	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		19.452.950,76	2.018.243,65	21.471.194,40*

* Così ripartiti: € 7.157.064,75 = anno 2012; €1.4314.130= anno 2013. Va precisato che l'importo complessivo indicato nella presente tabella, €. 21.471.194,40, è comprensivo del finanziamento già assegnato all'Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino con DGR n.2345 del 29.12.2011 pari a €.160.638,45.

**Tab. n. 6 - Informatizzazione per Azienda ULSS
DGR n.2258 del 20.12.2011**

A ULSS 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
	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*

* stanziamento Bilancio 2011.

I restanti €. 1.224.800,00 si riferiscono all'assegnazione già effettuata alle Aziende Ulss con DGR 951/2011

TABELLA N. 7: Sintesi Patti Aziendali vigenti – Anno 2011 (dati riferiti al 30.11.2011)

<ul style="list-style-type: none"> - DGR n. 1575/09 "Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: 1^ fase 2009. Dgrnn. 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

LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Nelle pagine seguenti vengono rappresentati i dati complessivi riferiti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT, così come previsto dai documenti di pianificazione aziendale, organizzate in relazione all'articolazione dei Distretti Socio Sanitari, al numero dei Medici di Assistenza Primaria e alla popolazione presente.

Complessivamente le 20 Aziende Socio Sanitarie che hanno presentato il Piano per il potenziamento dell'assistenza primaria, hanno ipotizzato la realizzazione di 148 AFT, in attuazione delle linee di indirizzo della Medicina Convenzionata di cui alle DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011, alla nota n. 36879 del 25 gennaio 2012 del Segretario Regionale alla Sanità, secondo le indicazioni contenute nello specifico Manuale Operativo.

In linea generale si può evidenziare che l'individuazione delle AFT risponde alle caratteristiche geografiche territoriali, di viabilità e alle specificità locali (Comuni di piccole dimensioni; zone montane e lagunari), alla numerosità della popolazione assistita (afferenza storica) e alla presenza sul territorio di forme di aggregazione dei Medici di Assistenza Primaria già in essere. La definizione quantitativa di un bacino di riferimento di un determinato territorio non può prescindere quindi dalla gestione anagrafica come previsto dalle attuali disposizioni in materia (Enti Locali).

Sulla base di queste considerazioni ogni Azienda ha definito l'organizzazione territoriale e delineato uno specifico sviluppo delle forme associative, prevedendo una determinazione di massima delle Medicine di Gruppo e delle Medicine di Gruppo Integrate che a regime dovrebbero trovare realizzazione nelle singole AFT.

Rappresentazione complessiva e per ambito aziendale delle AFT, considerata la popolazione di riferimento

A.ULSS	N.DSS	N.MAP	AFT	AFT: DIMENSIONAMENTO DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO					
				≤ a 10.000	≤ a 20.000	≤ a 30.000	≤ a 40.000	≤ a 50.000	≤ a 60.000
1	3	90	5		16.159 16.159	21.446 28.987		41.626	
2	UNICO	57	4	10.000	12.500	21.000 30.000			
3	2	117	5		19.000	29.000 29.300	37.400	40.700	
4	2	125	5			21.074 28.210	35.150 39.721		54.855
5	UNICO	122	6						
6	4	214	10			21.065 23.346 26.785 27.962	32.065 33.428 37.107 38.950 39.827 39.882		
7	2	149	7		19.478	22.778 24.139 25.350 29.779	32.564 36.011		
8	2	161	8		17.831	21.322 22.927 27.529 28.483	30.308 31.643 34.683		
9	4	268	14		18.736	21.863 23.260 23.566 23.794 23.851 23.985 24.968 26.407 26.861 28.263	31.048 31.094 34.747		

A.ULSS	N.DSS	N.MAP	AFT	AFT: DIMENSIONAMENTO DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO						
				≤ a 10.000	≤ a 20.000	≤ a 30.000	≤ a 40.000	≤ a 50.000	≤ a 60.000	
10	2	147	7			20.312	33.346			
						21.778	34.917			
						25.106				
						25.229				
						27.171				
12	4	229	11							
13	2	184	6				39.141	42.874		
								44.687		
								47.628		
								47.740		
								48.800		
14	UNICO	58	3		16.559					
					19.993	25.761				
15	2	173	6				29.470	35.727	43.078	50.500
									47.569	
									48.600	
16	6	322	15			16.964	21.073	31.778	40.302	
							21.874	32.618		
							23.349	35.942		
							25.055	38.426		
							25.356	39.166		
							27.552			
							28.957			
17	2	141	4			29.769	37.344	44.345	53.211	
18	2	132	6			16.619	25.209	31.659	45.442	
							18.854			
19	UNICO	53	3			21.769				
							23.488			

A.ULSS	N.DSS	N.MAP	AFT	AFT: DIMENSIONAMENTO DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO					
				≤ a 10.000	≤ a 20.000	≤ a 30.000	≤ a 40.000	≤ a 50.000	≤ a 60.000
20	4	310	17		19.442	20.247	31.107		
						20.247	31.417		
						21.004			
						21.004			
						21.597			
						21.855			
						21.855			
						22.317			
						22.947			
						23.330			
						23.629			
						23.629			
						25.922			
						27.319			
21	UNICO	105	6						
				3157	148	62	30	14	3

N.B. Relativamente alle Aziende Ulss n. 5, 12 e 21 viene richiamato il numero complessivo delle AFT, senza un diretto riferimento alla dimensione della popolazione.

LE FORME ASSOCIATIVE

Le seguenti tabelle dimostrano il potenziale sviluppo delle forme associative della Medicina Generale al termine del previsto biennio di sperimentazione e la loro specificazione nella dimensione aziendale.

La loro attivazione in ambito aziendale è subordinata alla realizzazione del modello regionale per l'Assistenza Primaria delineato dalle DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011, all'applicazione delle specifiche linee operative e alla verifica della sostenibilità economica del sistema.

TAB. N. 8: REGIONE VENETO – SITUAZIONE ATTUALE E POTENZIALE SVILUPPO DELLE FORME ASSOCIATIVE AL 31.12.2013

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011				SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Indennità/ass. da ACN (€) attualmente corrisposta	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	0,00	608	553.767	SINGOLO	46 da trasformare in rete	40.732
ASSOCIAZIONE	2,58	1.121	1.443.733	ASSOCIAZIONE	32 da trasformare in rete	25.618
RETE	4,70	417	550.338	RETE	293	308.972
GRUPPO	10,10 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	970	1.302.654	GRUPPO	1565	1.997.964
GRUPPO INTEGRATO		22	25.854	GRUPPO INTEGRATO	1053	1.346.331
UTAP (da rete ACN)		19	23.179	UTAP (da rete ACN) UTAP (da gruppo ACN)	168	225.133
UTAP (da gruppo ACN)		238	312.274			
TOTALE COMPLESSIVO		3.395	4.211.799	TOTALE COMPLESSIVO	3157	3.944.750

**TAB. 9: REGIONE VENETO – SITUAZIONE ATTUALE E POTENZIALE SVILUPPO DELLE FORME ASSOCIATIVE
AL 31.12.2013 PER DIMENSIONE AZIENDALE**

AZIENDA N.	FORME ASSOCIATIVE alla data del 22.12.2011						Totale
	singoli	associazione	rete	gruppo	gruppo integrato	UTAP	
1	6	58	6	5		15	90
2	9	17	13	6		12	57
3	11	29	36	41			117
4	12	41	19	26	10	19	127
5	24	18	19	48		14	123
6	34	56	55	58		15	218
7	41	56	13	30		12	152
8	30	54	10	56		14	164
9	68	102	29	65		6	270
10	29	51	4	51		13	148
12	34	96	7	82	12	3	234
13	24	49	31	70		13	187
14	1	8	17	24		8	58
15	23	57	33	39		24	176
16	60	131	48	84			323
17	27	28	25	21		40	141
18	26	61		27		18	132
19	5		42	1		9	57
20	81	103	4	119		7	314
21	21	28	6	45		5	105
22	42	78		72		10	202
Totale	608	1121	417	970	22	257	3395

AZIENDA N.	FORME ASSOCIATIVE						Totale
	singoli	associazione	rete	gruppo	gruppo integrato	UTAP	
1			53		23	14	90
2					57		57
3				64	53		117
4				74	51		125
5	22	11	22	44	9	14	122
6				163	36	15	214
7				84	65		149
8				68	79	14	161
9				236	32		268
10				30	104	13	147
12				71	143	15	229
13				171		13	184
14				16	35	7	58
15				73	72	28	173
16			192		127	3	322
17				68	73		141
18			20	44	51	17	132
19					43	10	53
20				310			310
21	24	21	6	49		5	105
22							
Totale	46	32	293	1565	1053	168	3157

APPROPRIATEZZA

Nel contesto dell'azione regionale di monitoraggio e verifica degli obiettivi e degli indicatori di performance per gli anni 2011 e 2012 (30/6/2012) assegnati alle Aziende Socio-Sanitarie con DGR 3140/2010⁶ e DGR 2369/2011⁷, vengono qui considerati gli obiettivi riferiti all'Area Sanitaria-Appropriatezza per quanto attiene i ricoveri ospedalieri, le prestazioni specialistiche e l'assistenza farmaceutica.

Dal portale del Datawarehouse della Sanità e dal Report relativo al citato monitoraggio sono stati estratti, rappresentati complessivamente e per articolazione territoriale, i valori soglia riferiti all'anno 2011 (tabella n. 10).

Per ogni ulteriore approfondimento si rimanda alle Fonti appena indicate, richiamando quanto esplicitato nel Manuale Indicatori – Monitoraggio Obiettivi Direttori Generali - ex DGR 3140/10 per quanto riguarda la misurazione e gli indicatori e precisamente:

gli indicatori inerenti gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono presentati innanzitutto come “Valore Annuale Previsto” il che significa che la misura riportata rappresenta, al momento della redazione del report, il valore annuale stimato alla luce dei dati esistenti. In concreto i valori stimati, sommano i dati del periodo di riferimento (es. 1° Trimestre 2011) con i dati del periodo complementare dell'anno precedente (es. 2°, 3° e 4° Trimestre 2010). Nel caso dei ricoveri, la mobilità extraregionale, dove considerata e se non ancora disponibile per l'anno in esame, equivale al dato dell'anno precedente.

▪ **Tasso Ospedalizzazione Standardizzato**

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato con il metodo diretto, è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per fasce di età e sesso in cui, per ogni fascia, i pesi sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (standard).

Nel caso specifico, la popolazione tipo utilizzata è quella regionale al 1 Gennaio dell'anno. Il calcolo dei dimessi esclude le schede dei neonati sani (DRG 391) e comprende la mobilità passiva extraregionale.

Il tasso di ospedalizzazione è calcolato per 1000 abitanti.

Specifiche del Valore:

Fonte: SDO

Datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie)

Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

⁶ Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto oncologico veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 5, del D.Lgs n. 502/1992 e all'art. 1, comma 5, del DPCM n. 502/1995.

⁷ Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda ospedaliera di Padova, all'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto oncologico veneto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 5, del D.Lgs n. 502/1992 e all'art. 1, comma 5, del DPCM n. 502/1995.

Periodo Trasmissione = Periodo del Report

Flag Residenza Veneto = Veneto

Flag DRG Neonati Sani = Altri DRG

▪ **Numero di Prestazioni specialistiche erogate per abitante**

Tasso standardizzato del numero di prestazioni specialistiche calcolato ripartendo la popolazione per fasce di sesso e di età secondo la classificazione nuovo riparto. Nel caso specifico, la popolazione utilizzata è quella regionale al 1 Gennaio dell'anno.

Viene esclusa la branca Diagnostica di Laboratorio (03).

Specifiche del Valore:

Fonte: SPS

Datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie)

Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Periodo Erogazione = Periodo del Report

Flag Errore Validità Dati = Record Validi

Branca <> 03

▪ **Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica**

L'indicatore è calcolato inserendo al numeratore la spesa farmaceutica convenzionata netta (lordo meno ticket meno sconto), escludendo la spesa farmaceutica diretta ed al denominatore la popolazione pesata.

Il numeratore tiene conto dei saldi di mobilità intra ed extra-regionale (nel caso di non disponibilità del dato del periodo corrente, verrà utilizzato il valore dei periodi precedenti).

La popolazione è quella del 1 Gennaio dell'anno, ed è pesata secondo i pesi determinati dall'Unità di Informazione sul Farmaco della Regione del Veneto, sulla base dei consumi farmaceutici 2010 delle 21 Aziende ULSS per le 8 fasce di età/sesso impiegate dall'OSMED. I pesi sono rettificati di una % di aggiustamento al fine di far coincidere la somma delle popolazioni pesate in ciascuna ULSS con la Popolazione Totale non pesata del Veneto

Specifiche del Valore:

Il valore non è disponibile sul Datawarehouse

Fonte: Servizio Farmaceutico Regionale

Nella tabella n. 11 vengono presentati i dati dei progetti di appropriatezza esplicitati nei Piani Aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria e riferiti agli obiettivi in questione, con l'indicazione del valore soglia riferito all'anno 2011.

TAB. 10: Rappresentazione complessiva e per dimensione aziendale dei valori soglia riferiti all'anno 2011 riguardanti gli Obiettivi per l'Area Sanitaria – Appropriatelyzza, assegnati alle Aziende Socio con DGR n. 3140/10 e DGR n. 2369/11.

A.ULSS	APPROPRIATEZZA		
	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140/1000	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147 euro
1	142,69	3,07	€ 144
2	144,24	3,99	€ 137
3	142,86	2,84	€ 137
4	127,02	2,87	€ 121
5	147,57	2,90	€ 138
6	130,98	4,25	€ 138
7	135,04	3,09	€ 129
8	139,88	3,35	€ 150
9	139,96	3,85	€ 138
10	143,93	3,59	€ 152
12	145,37	4,85	€ 139
13	143,09	5,82	€ 147
14	157,76	8,15	€ 145
15	141,49	4,40	€ 152
16	146,71	6,88	€ 144
17	137,87	5,66	€ 146
18	145,35	6,62	€ 154
19	147,19	4,71	€ 152
20	155,05	3,81	€ 136
21	153,41	3,80	€ 141
22	157,04	4,25	€ 134

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
1	SI	Patto Aziendale - Contratto	Tasso di Ospedalizzazione standardizzato < 140/1000	SI	Patto Aziendale - Contratto	Non oltre 4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 per priorità B)	SI	Patto Aziendale - Contratto	a) spesa media per paziente relativa alla farmaceutica territoriale convenzionata per i farmaci PHT ≤ a €. 9 annui; b) percentuale di spesa per farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto sul totale della spesa per farmaci delle classi comprendenti farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto > 52%; c) spesa media aziendale per assistibile standardizzata ≤ €. 172
2	Il Patto vigente verrà riproposto, compresi gli obiettivi di salute della Quota C. Sono in corso di definizione gli indicatori che verranno utilizzati per la determinazione della quota D)								
3	SI	Procedura dimissioni protette. Integrazione informativa sanitaria tra MMG, CA, ADI	Riduzione ricoveri inappropriati	SI	Accordi specifici tra Ulss 3 e MMG	Riduzione prescrizioni inappropriate	SI	Accordi specifici tra Ulss 3 e MMG	Riduzione spesa farmaceutica

TAB. 11: Rappresentazione complessiva e per dimensione aziendale dei progetti di appropriatezza esplicitati nei Piani Aziendali per il potenziamento dell'Assistenza Primaria, con l'indicazione del valore soglia riferito all'anno 2011

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
4	SI	Patto Aziendale	Tasso di Ospedalizzazione < 132	SI	Patto Aziendale	< 4 per abitante	SI	Patto Aziendale	< 125 secondo schema di calcolo della DGR n. 3140/2010
5	NO			SI	Piano Attuativo Aziendale	Rispetto degli standard regionali	SI	Prescrizione farmaci brevetto scaduto, distribuzione diretta farmaci	Rispetto obiettivo regionale
6	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto "Dimissioni protette": gestione, secondo protocolli condivisi Distretto/MAP di pazienti complessi in dimissione dall'Ospedale in particolare dalle aree medica, chirurgica e pediatrica, finalizzato alla riduzione del rischio ricoveri ricorrenti - Patto Aziendale: comunicazione tra Medico Ospedaliero e MAP in occasione del ricovero dei pazienti, con scambio bilaterale di informazioni - Rete dei "Nuclei di Assistenza Intermedia", per garantire assistenza residenziale temporanea post ricovero ospedaliero per evento acuto e necessaria stabilizzazione clinica e/o di una riorganizzazione del nucleo familiare - Protocolli gestiti dal Distretto in accordo con i MAP relativi a procedure assistenziali complesse eseguite in regime ambulatoriale (esecuzione di paracentesi evacuative per pazienti epatopatici ascitici posizionamento di cateteri venosi centrali; trasfusioni non urgenti). 	Tasso di Ospedalizzazione non superiore a 140/1000	SI	Patto Aziendale; Patto Aziendale SAI	Soglia non superiore a 4 prestazioni/abitante e non superiore a €. 160,00	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento, estensione e semplificazione della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, con modalità definite dall'Azienda; - Verifica della corretta applicazione della prescrizione delle note AIFA (Patto Aziendale in essere); - Mantenimento della spesa farmaceutica relativo alla Medicina generale almeno al di sotto del 2% rispetto alla media regionale (Patto Aziendale in essere) - La creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo (Documento Aziendale di Direttive per l'anno 2012) 	Spesa non superiore a €. 140/ass.ti

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
7	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital); Istituzione di un Tavolo Ospedale -Territorio	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Raggruppamenti di Attesa Omogenei; Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuzione diretta (dopo visita specialistica, ricovero e per farmaci PHT e con Piano Terapeutico); - Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand; - Progetto Buona Pratica Prescrittiva con incontri in plenaria, in équipe e con singoli medici sulla base di specifica reportistica 	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni
8	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital)	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	RAO; PTDA	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Distribuzione diretta; Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni
9	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital)	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Raggruppamenti di Attesa Omogenei; Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Distribuzione diretta; Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
10	SI	Progetto Dimissioni Protette. Patto Aziendale 2011-2013. Utilizzo quota A PTDA per BPCO, Scompenso Cardiaco. Attivazione Nucleo Cure Palliative ed Hospice	Ottimizzazione del numero di ricoveri: non > a 140 x 1.000	SI	Progetto: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli esami specialistici. Utilizzo Quota A	Ottimizzazione del numero delle prestazioni specialistiche per abitante: 4 prestazioni/ab. Razionalizzazione dell'assistenza specialistica: non > a €. 160,00 per abitante	SI	Accordo aziendale anno 2012. Distribuzione Diretta Ottimizzazione DPC Accordo DPC farmaci pazienti ADIMED	Razionalizzazione della spesa farmaceutica: non > a 140,00 €. per abitante
12	SI	Concorso di tutti gli strumenti sottostanti: - PDTA; - percorsi formativi comuni (H-T) per la presa in carico del paziente cronico medicina di iniziativa - Protocollo di ammissione/dimissione protetta; Incontri con strutture accreditate	Rispetto obiettivi di budget D.G. – DGR 2369/2011 Miglior controllo dell'ipertensione, degli accessi al PS e dei ricoveri per le complicanze riduzione ricoveri ripetuti da cardiopatia cronica, BPCO, diabete. Revisione, applicazione con miglior appropriatezza dei ricoveri Miglior appropriatezza dei	SI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ attivazione consulenze specialistiche brevi (telefoniche /documentale presso sedi MDG) ▪ applicazione piano attuativo in materia di governo delle liste d'attesa ▪ incontri con strutture accreditate ▪ definizione percorsi clinico assistenziali (PDTA) ▪ utilizzo delle competenze specialistiche dei MMG 	Riduzione delle prestazioni specialistiche per abitante Riduzione delle liste d'attesa rispetto obiettivi di budget direttore generale DGR 2369/2011	SI	Incentivare l'uso del generico e generico non sostituibile Monitoraggio intensivo di farmaci innovativi Incentivare distribuzione diretta farmaci Appropriatezza prescrizione ossigeno terapia Monitoraggio consumo di farmaci nei centri servizi	Riduzione della spesa farmaceutica per abitante rispetto obiettivi di budget Direttore Generale DGR 2369/2011

		<p>Implementazione ulteriore della telemedicina</p> <p>Presa in carico globale territoriale del paziente oncologico</p> <p>Disponibilità dei MMG nelle forme associative all'accesso per prestazioni non differibili</p>	<p>ricoveri</p> <p>Riduzione dei ricoveri ripetuti, degli accessi al PS e dei giorni di degenza</p> <p>Riduzione dei ricoveri nelle UO ospedaliere, e miglioramento della qualità della vita a domicilio</p> <p>Migliore gestione dei "codici bianchi" con riduzione accessi al PS</p>		<p>percorsi brevi diagnostico terapeutici multi specialistici intradistrettuali con collaborazione MMG</p>			<p>per anziani non autosufficienti</p> <p>Monitoraggio farmaci piano terapeutico</p> <p>Percorsi diagnostico-terapeutici</p>	
13	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	140 per 1000	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	4 prestazioni per abitante	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	Non superiore a 140 €.pro capite
14	SI	<p>Progetto Quadro BCPO</p> <p>PTDA Scompenso Cardiaco</p> <p>Progetto Codici Bianchi 2</p> <p>Potenziamento della OBI</p> <p>Attivazione 5 P.L. in Struttura Intermedia</p>	<p>Riduzione accessi al PS</p> <p>Riduzione tasso di ospedalizzazione</p>	SI	<p>Gruppo di lavoro per la definizione di indirizzi per la prescrizione appropriata delle prestazioni riabilitative</p> <p>Obiettivo di budget trasversale a tutte le UO Ospedaliere per la prescrizione appropriata delle visite di controllo e definizione dei percorsi aziendali.</p> <p>Decalogo di presa in carico</p>	Riduzione del n° di prestazioni riabilitative (2,6/Assistito pesato nel 2011)	SI	<p>Progetto ARPA</p> <p>Potenziamento della Distribuzione Diretta</p> <p>Ottimizzazione della DPC</p> <p>Accordo DPC farmaci ADIMED</p> <p>Attivazione del farmacista di reparto</p>	<p>Segnalazione pazienti dimessi da ospedali extra ULSS</p> <p>-Attivazione DD presso MdGI Cavarzere</p> <p>Condivisione e aggiornamento elenchi farmaci erogabili in DD/DPC</p>

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
15	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio Implementazione Ospedale di Comunità	Tasso di ospedalizzazione = < 140 per 1000	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio	4 prestazioni /abitante	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio	= < euro 140/abitante
16	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Consulto MAP alla dimissione del paziente fragile - Promozione UVMD alla dimissione - Potenziamento dei percorsi territoriali e ospedale – territorio (Progetto Anziano) - Segnalazione delle dimissioni inappropriate - Trasmissione dei dati clinici (Registro di patologia) 	<p>Tasso Ospedalizzazione standardizzato < 140 ricoveri per 1000 abitanti</p> <p>> 80% di soggetti fragili con patologia cronica con accessi ambulatoriali o domiciliari dei MAP nei 15 giorni successivi ad una dimissione dall'ospedale</p> <p>Trasmissione dei dati del registro di patologia cronica</p>	SI	<p>Progetto di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche</p> <p>Diffusione dei Percorsi individuati per l'assistenza integrata nel territorio del paziente diabetico</p>	<p>Contribuire a portare il tasso standardizzato di prestazioni specialistiche esclusa la diagnostica di laboratorio al di sotto delle 4 prestazioni/assistito</p> <p>Attivazione flusso su pazienti diabetici</p>	SI	<p>Patto Aziendale</p> <p>Consegna di report alle AFT a scadenze stabilite</p>	Costo pro-capite standardizzato per l'assistenza farmaceutica convenzionata < 140 €
17	SI	PTDA	Rispetto degli standard regionali	SI	Piano Attuativo Aziendale ex DGR 863/2011	Rispetto degli standard regionali	SI	Progetto ARPA Distribuzione diretta farmaci Patto Aziendale	Rispetto degli standard di progetto specifico e regionali

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progett o SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
18*	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di Gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di Gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS
19	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione da parte dell'Azienda di reportistica aggiornata in modo continuo, disponibile attraverso il DW aziendale. - Continuo confronto tra MMG e Azienda Ulss su andamento ricoveri - Potenziamento dell'OBI con disponibilità del MMG ad essere contattato telefonicamente per la comunicazione dei dati nei casi dubbi - Promozione dell'ADI, in particolare il profilo D - Promozione della vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica negli anziani - Promozione del mantenimento a domicilio di pazienti oncologici anche terminali - Particolare attenzione ai ricoveri di pazienti ospitati in case di riposo 	Tasso di ospedalizzazione 140/1000	SI	<p>Produzione da parte dell'Azienda di reportistica aggiornata in modo continuo, disponibile attraverso il DW aziendale.</p> <p>Continuo confronto tra MMG e Azienda ULSS su andamento del numero di prestazioni</p> <p>Dialogo con gli specialisti per la definizione di protocolli condivisi finalizzati ad una maggiore appropriatezza</p>	4 prestazioni/abitante di cui 0,8 in classe Breve	SI	Continuo confronto tra MMG e Azienda Ulss su andamento della spesa, sulla base del budget assegnato a ciascun medico, documentato da reportistica prodotta dall'Azienda mensilmente Promozione dell'utilizzo delle molecole generate e a miglior rapporto costo/beneficio	140 euro/residente

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
20	SI Progetto ARCA Distretto 4 Tavolo congiunto AOUI	Patto Aziendale Percorso Geriatria/Centri Servizi Potenziamento OBI	Riduzione tasso di ospedalizzazione da 167.6/1000 abitanti Riduzione costo per residente pesato con valore soglia 616 euro	Concertazione con AOUI e erogatori privati accreditati e integrazione CUP Aziendale con CUP AOUI	Patto Aziendale Protocolli condivisi	Riduzione del costo per residente pesato Riduzione prestazioni per residente per raggiungere il valore soglia di 4/abitante	SI	A.R.P.A. – Patto Aziendale A.C.A.D.D. (Accordo sulla Continuità Assistenziale e la distribuzione dei farmaci in area vasta e AOUI) Creazione rete finalizzata per farmaci innovativi ed ad alto costo	Aumento dell'utilizzo farmaci a brevetto scaduto ed aumento della appropriatezza prescrittiva nella patologie cardiovascolari e respiratorie Creazione registri per farmaci innovativi ed ad alto costo
21	SI	Attivazione flusso informatico verticale tra MAP e Controllo di Gestione aziendale attraverso Datawarehouse dedicato	Riduzione del tasso di ospedalizzazione come da obiettivi assegnati ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.	SI	Attivazione flusso informatico verticale tra MAP e Controllo di Gestione aziendale attraverso Datawarehouse dedicato	Riduzione del numero delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, come da obiettivi ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.	SI	Progetto ARPA del Patto Aziendale 2010-2012	Riduzione spesa farmaceutica come da obiettivi assegnati ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.

* vi è inoltre l' Area della gestione diretta delle liste di attesa

OBIETTIVI DI SALUTE

Nella tabella n. 12 viene proposta la rappresentazione complessiva su base regionale e articolata per dimensione aziendale degli obiettivi di salute, esplicitati dalle Aziende Socio Sanitarie nei documenti di pianificazione e contenuti nei richiamati Patti Aziendali, componente qualificante l'intero modello di assistenza.

TAB. 12: Rappresentazione complessiva e per dimensione aziendale degli Obiettivi di salute

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	Attuazione degli obiettivi regionali		Attuazione degli obiettivi aziendali	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
1	Cure palliative e lotta al dolore		Cure palliative e lotta al dolore	Potenziamento ed estensione a tutto il territorio aziendale della rete di Cure Palliative con il supporto del Nucleo di recente costituito e della diffusa rete di Volontariato organizzato. Entro la fine dell'anno 2012 tutti i progetti di Cure Palliative devono essere attivati dal DSS in concordanza con gli altri attori citati (MAP; NCP;Volontari;Risorse direttamente gestite dal Distretto);
	Diagnosi e cura del diabete mellito			Screening e gestione del paziente diabetico di tipo 2 non complicato
	Patologie cardio-circolatorie			Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale;
	Assistenza programmata nelle strutture residenziali e semiresidenziali			Assicurare le prestazioni di assistenza programmata nelle Residenze e Semiresidenze protette da parte dei medici di assistenza primaria in considerazione delle carenze di medici stessi sul territorio
2	E' in corso l'elaborazione dei contratti di esercizio. La presenza di personale di assistenza e personale infermieristico verrà commisurato alla realizzazione delle attività e al raggiungimento dei seguenti obiettivi: - gestione del paziente cronico (scompenso, diabete, ipertensione, BCPO, terapia anticoagulante); - realizzazione di programmi di prevenzione/educazione rivolti a singoli o gruppi (rischio cardiovascolare, rischio cadute negli anziani)			
3	<p>Gestione della cronicità - Diabete: condivisione/applicazione PTDA Diabete, revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione PTDA Diabete; sperimentazione medicina d'iniziativa; Integrazione informativa-informatica tra CAD -MMG. Gestione della cronicità-scompenso cardiaco: condivisione/applicazione PTDA Scompenso; revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione PTDA Scompenso; sperimentazione medicina d'iniziativa; Gestione della cronicità -BPCO: aggiornamento -applicazione percorso aziendale gestione BPCO; revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione percorso BPCO, medicina d'iniziativa; Cure Palliative - assistenza ai malati in ADIMED e malati terminali: ampliamento disponibilità MMG per partecipazione UVMD di attivazione e di verifica progetti ADIMED effettuabili anche a domicilio, integrazione informativa con servizio di CA per paziente ADIMED, ampliamento rintracciabilità telefonica a favore di operatori sanitari dell'assistenza domiciliare; Prevenzione rischio cardiovascolare: calcolo del RCV nei soggetti con almeno un fattore di rischio per sorveglianza+counseling su fattori di rischio comportamentali+management mediante trattamenti cost/effective</p>			

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NEI PATTI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
4			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccinazione antiinfluenzale; ▪ Adesione agli screening; ▪ Vitamina D 	Vaccinazione antiinfluenzale Adesione agli screening Vaccinazione Vitamina D
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumo ▪ Formazione 	Fumo Formazione
	Cure palliative e lotta al dolore		Neoplasie e cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalenza tumori - Accessi domiciliari utenti in CP – accessi per utente come da programma NCP - Riunione del gruppo di MMG per la verifica (analisi bisogni/soluzioni) dei casi in cure palliative - Decessi a domicilio
	Assistenza al paziente cronico		Dimissioni protette	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso domiciliare entro la data concordata - Riunione annuale per la verifica delle dimissioni protette, allo scopo di valutare la qualità delle cure per ciascun paziente
	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito		Diabete tipo 2 non insulino trattato	Registrazione BMI Registrazione dato fumo Registrazione polsi periferici Registrazione PA Registrazione emoglobina glicata Registrazione fundus Registrazione microalbuminuria Registrazione colesterolo LDL Emoglobina glicata<=7
	Assistenza al paziente cronico		Iipertensione	Prevalenza ipertensione arteriosa Definizione indicatori di processo ed esito Registrazione dato fumo Registrazione PA Registrazione BMI Registrazione microalbuminuria Registrazione colesterolo totale PA < =150/90 mmHG
			Scompenso cardiaco	Prevalenza scompenso cardiaco Definizione indicatori di processo ed esito

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
5	Diabete	Gestione integrata	Diabete	Scheda quadrimestrale prevista dal Protocollo
	Cure Palliative	Istituzione Nucleo Cure Palliative	Circuito oncologico	Presenza in carico del paziente deambulante e non, con accesso preferenziale all'ambulatorio
	Paziente cronico	Progetto quadro BPCO		
6	Cure palliative e lotta al dolore	Istituzione Nuclei Cure Palliative		Attivazione, in accordo con i MAP, di protocolli di gestione dei pazienti oncologici con particolare riguardo alla presa in carico ambulatoriale, domiciliare e residenziale (Hospice). L'assistenza è garantita dai Medici Palliativisti e sarà supportata dalla MG attraverso turni con la Continuità Assistenziale
	Assistenza al paziente cronico			L'Azienda sta predisponendo un Piano, che anche con modalità innovative, possa garantire una migliore risposta ai bisogni socio-sanitari dei pazienti cronici.
	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito			E' in fase di attivazione il PDTA integrato MAP e UOC di Diabetologia –Endocrinologia.
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo			L'Azienda ha intrapreso le seguenti azioni condivise con i MAP: a) campagna di sensibilizzazione rivolta agli adolescenti attuata presso gli istituti scolastici al fine di promuovere e ritardare l'abitudine al fumo, eliminare e ridurre il consumo di sigarette e attivare fattori protettivi; b) corsi per smettere di fumare rivolti a tutte le persone che, senza carattere di urgenza e per motivi di salute, abbiano intenzione di affrontare questo problema c) ambulatorio per la diagnosi e trattamento delle malattie provocate dal fumo di tabacco, gestito dagli specialisti Pneumologo e Psicologo. d) campagna di sensibilizzazione degli

				operatori sanitari per la promozione di una cultura libera dal fumo, con l'adesione all'iniziativa "TFU Charter - Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario contro il Tabacco".
7	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico		Attuazione degli obiettivi regionali richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali secondo la programmazione di ogni Azienda. Gli obiettivi di salute saranno declinati con successivo documento di programmazione come da indicazioni regionali	
8	Diabete mellito	Diagnosi e cura del Diabete Mellito	Quota C: gestione integrata del Paziente diabetico di tipo II	La gestione integrata del Diabete mellito tipo II è stata prevista nel contratto/patto 2010 prorogato nel 2011
	Cure palliative Lotta al dolore	Applicazioni di protocolli sulla base delle indicazioni regionali		
	Patologie correlate al fumo	Applicazioni di protocolli di counseling e di sostegno alla disassuefazione		
	Paziente cronico	Sviluppo ambulatorio per patologia e sviluppo ADIMED/Dimissioni protette		
9	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico		Attuazione degli obiettivi regionali sopra richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali secondo la programmazione di ogni Azienda. Gli obiettivi di salute saranno declinati con successivo documento di programmazione come da indicazioni regionali	
10	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito		Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito	La gestione integrata del D.M. tipo II non insulino trattato (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013 Quota A)
	Cure palliative e lotta al dolore		Cure palliative e lotta al dolore	Miglioramento dell'assistenza al malato terminale e sostegno alla lotta al dolore (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013 Quota B)
	Assistenza al paziente cronico		Assistenza al paziente cronico	Protocollo dimissioni protette ((Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013, quota A) Gestione integrata paziente in terapia anticoagulante orale-TAO (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013)

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
12	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito	Promuovere nuovi stili di vita sani nella popolazione	Presa in carico del Diabete Mellito di tipo 2 in scompenso metabolico	Programmi di educazione alla salute inerenti l'alimentazione e la promozione dell'attività fisica all'interno delle AFT Percorso formativo condiviso con diabetologi aziendali Protocollo di gestione integrata (MMG, SAI, Spec Osp.) del diabete tipo 2 in scompenso Audit sulla gestione del diabete da parte delle forme associative (raggiungimento dei livelli accettabili di performance su glicemia, Hba1c ,monitoraggio BMI)
	Cure palliative e lotta al dolore	Gestione del paziente oncologico secondo il progetto aziendale di cure palliative		Attivazione di protocollo con la rete di cure palliative e MMG (AFT) sulla segnalazione dei casi candidati e sulla condivisione dei dati clinici. Razionalizzazione degli accessi in ADI in coordinamento con il Nucleo di cure palliative (ODO).
	Assistenza al paziente cronico	Definizione ed applicazione di percorsi diagnostico terapeutici, presa in carico del paziente fragile.		Percorsi formativi di disease management condivisi tra specialisti ospedalieri, MMG, SAI, medici delle cure primarie su: -scompenso cardiaco cronico -BPCO Condivisione ed applicazione di PDTA su: -scompenso cardiaco cronico -BPCO
13	In programmazione		Quota A <ul style="list-style-type: none"> ▪ partecipazione alle UVMD e compilazione scheda SVAMA; ▪ vaccinazioni; ▪ indicazione del sospetto diagnostico in relazione a PTDA condivisi; ▪ partecipazione alla distribuzione per conto dei presidi antidiabetici; ▪ partecipazione al progetto regionale supplementazione vit "D" anziani ultra75 anni. 	

			Quota B	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ analisi della reportistica sulla farmaceutica e sulla diagnostica; ▪ medicina d'iniziativa; ▪ distribuzione per conto ed a pazienti ADI 	
14	Gestione Integrata del Diabete Mellito	Gestione avviata dal giugno 2010 – deliberazione Aziendale n. 153/2010	Prevenzione patologie fumo correlate	Counselling breve per tabagismo
	Progetto Aziendale Cure Palliative	Piano Aziendale Cure Palliative domiciliari 2012 (in corso di deliberazione)	Partecipazione incontri obbligatori di formazione	5 eventi ECM/anno obiettivi aziendali
	Progetto Codici Bianchi fase 2	Riduzione accessi al Pronto Soccorso	Partecipazione campagna antiinfluenzale	Effettuazione vaccinazioni
	Progetto ARPA ULSS 14	Appropriatezza prescrittiva aumento utilizzo farmaci a brevetto scaduto	Collaborazione campagne screening	Counselling e pulizia liste
	Progetto Specialistica (quota B)	Attività per aumento dell'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale	Collaborazione a distribuzione diretta farmaci	Segnalazione utenti dimessi da altre Aziende
15	Diabete mellito	Progetto Aziendale	TAO	Progetto Aziendale
	Assistenza paziente cronico	Progetto Aziendale	BPCO	Progetto Aziendale
16	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito	Piano per la prevenzione del Diabete nel territorio dell'ULSS 16	Diffusione dei percorsi individuati per l'assistenza integrata nel territorio del paziente diabetico	
	Cure Palliative e Lotta al dolore	Riorganizzazione dei servizi per le Cure Palliative (DDG n. 132 del 16.2.2010 e DDG n. 15 del 20.1.12)		
	Assistenza al paziente cronico	Progetto Anziano (DDG n. 823 del 12.10.2006)		
17	Diabete	Gestione tramite UTAP	Diabete	Monitoraggio e fornitura presidi
	Cure palliative	Istituzione Nucleo Cure Palliative	Oncologico - Palliazione	ADI oncologiche, Dimissioni protette, ADI Palliative
	Prevenzione	Prevenzione Patologie cardiovascolari in UTAP	Prevenzione primaria	Campagne vaccinali
	Paziente cronico	Gestione dei pazienti in TAO in UTAP	Cronico	Dimissioni protette, progetto quadro per BPCO

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promuovere stili di vita sani nella popolazione adulta (alimentazione, attività fisica, cessazione del fumo, consumo di alcool), anche attraverso specifiche forme di counselling; 2. Consolidare i programmi di vaccinazione in età adulta; 3. Consolidare i programmi di screening oncologico (mammella, cervice uterina e colon retto); 4. Gestire la prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare, con particolare attenzione ai pazienti ad alto rischio 5. Definire e applicare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali per il diabete, BPCO, scompenso, TAO, ipertensione, ictus cerebrale, infarto al miocardio, concordati fra professionisti ospedalieri, della specialistica ambulatoriale interna e della medicina generale, comprensivi degli indicatori necessari al loro monitoraggio; 6. Gestire il paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo; 7. Gestire il paziente oncologico terminale, secondo le modalità di presa in carico previste dall'accordo regionale e in forte connessione con le Unità di Cure palliative (UCP) definendone gli indicatori necessari al monitoraggio 8. Sviluppare un sistema di gestione dei dati clinici ed epidemiologici, finalizzato alla gestione integrata (orizzontale e verticale) dei singoli pazienti, allo sviluppo dei PTDA, alla realizzazione di audit clinici e alla misurazione degli esiti sulla salute dei singoli e della comunità 9. Adesione alla raccolta di dati individuali dei propri assistiti, secondo modalità operative delineate dall'Azienda, per la definizione del fascicolo socio-sanitario 			
19	Diabete	Progetto di integrazione Ospedale-Territorio	Diabete	Progetto di integrazione Ospedale-Territorio
	Cure palliative	Progetto di cui alla L.R. 7/2009	Ipertensione	Progetto epidemiologico che individua i soggetti malati, punta all'estensione della copertura terapeutica, controlla i costi e individua end-point significativi
	Assistenza al paziente cronico	Progetto condotto dal Comitato Ospedale-Territorio, che prevede l'elaborazione dei seguenti PTDA: BPCO, Ipertensione, Scompenso Cardiaco, mal di schiena, Tumore mammella, colon-retto e polmonare, prevenzione primaria e secondaria dell'infarto		

OBIETTIVI DI SALUTE				
AULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
20	Paziente fragile ed anziano over 75	Valutazione aggiornata della fragilità	Scheda paziente anziano e anziano diabetico	Iniziale patient summary per patologie ICD IX-allergie e terapie
	Paziente oncologico	Attivazione NCP	Percorsi congiunti di gestione palliativistica domiciliare	UVMD con palliativista ed eventuale accesso domiciliare congiunto
	Percorso Diabete Applicazione linee guida per ASMA e BPCO Protocollo Ossigenoterapia	Progetto formativo per MMG su Diabete, Asma e BCPO e O2 terapia	Audit interno nei Team/AFT sull'applicazione delle linee guida elaborate con coinvolgimento delle U.O. di Pneumologia dell'area vasta di Verona	Miglioramento della appropriatezza diagnostica e prescrittiva
21	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito	Progetto Aziendale dell'A.Ulss 21 per la gestione integrata dell'assistenza al paziente con diabete mellito	1. Registro di patologia 2. Prevenzione complicanze acute; prevenzione complicanze croniche; preservazione di una normale qualità e quantità di vita	1. Obiettivi di salute: Dataset clinico epidemiologico paziente diabetico > 75 anni 2. Progetto Aziendale dell'A. Ulss 21 per la gestione integrata dell'assistenza al paziente con diabete mellito
	Cure palliative e lotta al dolore	Progetto Aziendale di sviluppo delle cure palliative	Partecipazione UVMD oncologiche	L'adesione al Patto comporta l'obbligo di partecipare alle UVMD oncologiche
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo	Progetto Aziendale "Respirare bene per vivere sani", con coinvolgimento MAP Progetto BPCO	Progetto Asma BPCO	PDTA
	Assistenza al paziente cronico		Il paziente fragile anziano >75 anni	Dataset pazienti over 75 anni

APPROFONDIMENTO

L'organizzazione ed elaborazione dei dati che compongono questa sezione del Report è stata curata dall'Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, ad eccezione dei dati relativi alla popolazione (per fasce d'età; indice di dipendenza e di vecchiaia) estratti dal Datawarehouse regionale della Sanità.

La presente sezione del Report è dedicata all'approfondimento dei contenuti presentati in forma sintetica nelle pagine precedenti con il riferimento analitico a ciascuna Azienda Socio Sanitaria in modo da poter rendere disponibili dati ed informazioni omogenee, riguardanti:

- **contesto ed assetto organizzativo della Medicina Convenzionata alla data del 22.12.2011** (Medici in servizio; numero e tipologia di UTAP attivate; numero e tipologia di Patti Aziendali vigenti)
- **previsione di spesa per nuove forme associative** (DGR n. 1666 del 18.10.2011);
- **determinazione finanziaria relativa all'informatizzazione di cui alla DGR n. 2258 del 20.12.2011;**
- **dimensionamento ed articolazione dell'Azienda attraverso i Distretti Socio Sanitari;**
- **popolazione, per fasce d'età, con indice di vecchiaia e indice di dipendenza;**
- **il Piano Aziendale per il Potenziamento dell'Assistenza Primaria:**
 - numero complessivo dei Medici di Assistenza Primaria;
 - numero complessivo, localizzazione, dimensionamento ed eventuale ipotesi organizzativa delle Aggregazioni Funzionali Territoriali;
 - importo pre-determinato del finanziamento regionale di cui alla DGR n. 1666/2011
 - sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo
 - obiettivi e indicatori di performance per l'Area Sanitaria relativamente ai ricoveri ospedalieri, alle prestazioni specialistiche e all'assistenza farmaceutica, con il riferimento al valore soglia per l'anno 2011;
 - obiettivi di salute regionali e aziendali esplicitati nei Patti Aziendali

N. B.

Relativamente alla popolazione si fa presente che i dati, estratti dal Datawarehouse della Sanità più volte richiamato, si riferiscono a:

- Popolazione residente al 1 Gennaio dell'anno per fascia di età, nuovo riparto e rapporto percentuale della fascia sul totale della popolazione. Viene fornito anche il peso di ciascuna fascia relativamente all'intera Regione Veneto.

Specifiche del Valore:

Misura: N. Residenti

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Anno = Anno del Report

Classe di Età Nuovo Riparto = secondo la fascia

- Indice di Dipendenza

Rapporto tra la popolazione inattivi e quella attiva.

Viene fornito il valore relativo all'intera Regione Veneto.

Formula: Residenti Inattivi / Residenti Attivi

Specifiche del Numeratore: Residenti Inattivi

Misura: N. Residenti

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Anno = Anno del Report

Classe di Età Nuovo Riparto = P Q O U V (tra 0 e 14 anni ed oltre i 65 anni)

Specifiche del Denominatore: Residenti Attivi

Misura: N. Residenti

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Anno = Anno del Report

Classe di Età Nuovo Riparto = R S T (tra 15 e 64 anni)

- Indice di Vecchiaia

Rapporto tra la popolazione vecchi e quella giovani.

Viene fornito il valore relativo all'intera Regione Veneto.

Formula: Residenti Vecchi / Residenti Giovani

Specifiche del Numeratore: Residenti Vecchi

Misura: N. Residenti

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Anno = Anno del Report

Classe di Età Nuovo Riparto = U V (oltre i 65 anni)

Specifiche del Denominatore: Residenti Giovani

Misura: N. Residenti

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio inviata dalle aziende sanitarie aggiornata al 1 Gennaio dell'anno

Filtri:

Azienda Residenza = Azienda intestataria del Report

Anno = Anno del Report

Classe di Età Nuovo Riparto = P O Q R S T (tra 0 e 64 anni)

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
90	183.834,26

BELLUNO	
1 BELLUNO pop. 128.631	1-CADORE pop. 37.605
	2-AGORDO pop. 20.413
	3-BELLUNO pop. 70.613

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.031	0,80%	981	0,76%	976	0,76%	0,93%
01-04 anni	4.242	3,28%	4.205	3,26%	4.118	3,20%	3,89%
05-14 anni	10.880	8,41%	10.890	8,44%	10.887	8,46%	9,39%
15-24 anni	11.386	8,80%	11.340	8,79%	11.338	8,81%	9,24%
25-44 anni	35.963	27,79%	34.952	27,08%	33.916	26,37%	28,99%
45-64 anni	36.566	28,26%	37.141	28,78%	37.795	29,38%	27,65%
65-74 anni	14.791	11,43%	14.932	11,57%	14.965	11,63%	10,15%
75 anni e oltre	14.551	11,24%	14.632	11,34%	14.636	11,38%	9,75%
Totale	129.410	100,00%	129.073	100,00%	128.631	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia 2011	Regione 2011
Indice di Dipendenza		54,22%	54,70%	54,89%	54,99%
Indice di Vecchiaia		1,82	1,84	1,85	1,81

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP = 90 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 5

BELLUNO		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE
1 BELLUNO pop. 128.631	1-CADORE pop. 37.605	2	<p align="center">AFT N. 1</p> Popolazione: 16.159 Medici di Assistenza Primaria 11
	2-AGORDO pop. 20.413	1	<p align="center">AFT N. 2</p> Popolazione:21.446 Medici di Assistenza Primaria 14
	3-BELLUNO pop. 70.613	2	<p align="center">AFT</p> Popolazione: 16.159 Medici di Assistenza Primaria 16
			<p align="center">AFT N. 1</p> Popolazione: 28.987 Medici di Assistenza Primaria 21
			<p align="center">AFT N. 2</p> Popolazione: 41.626 Medici di Assistenza Primaria =29

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.242.213,48 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	6	6.103	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	58	73.356	ASSOCIAZIONE		
RETE	6	8.345	RETE	53	66.144
GRUPPO	5	7.189	GRUPPO		
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	23	28.717
UTAP	15	17.379	UTAP	14	16.634
TOTALE COMPLESSIVO	90	112.372	TOTALE COMPLESSIVO	90	114.495

APPROPRIATEZZA DGR n. 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A. ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro- capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
1	142,69	3,07	€ 144

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
1	SI	Patto Aziendale – Contratto	Tasso di H standardizzato < 140/1000	SI	Patto Aziendale – Contratto	Non oltre 4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 per priorità B)	SI	Patto Aziendale – Contratto	a) spesa media per paziente relativa alla farmaceutica territoriale convenzionata per i farmaci PHT ≤ a €. 9 annui; b) percentuale di spesa per farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto sul totale della spesa per farmaci delle classi comprendenti farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto > 52%; c) spesa media aziendale per assistibile standardizzata ≤ €. 172

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	Attuazione degli obiettivi regionali		Attuazione degli obiettivi aziendali	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
1	Cure palliative e lotta al dolore		Cure palliative e lotta al dolore	Potenziamento ed estensione a tutto il territorio aziendale della rete di Cure Palliative con il supporto del Nucleo di recente costituito e della diffusa rete di Volontariato organizzato. Entro la fine dell'anno 2012 tutti i progetti di Cure Palliative devono essere attivati dal DSS in concordanza con gli altri attori citati (MAP; NCP;Volontari;Risorse direttamente gestite dal Distretto);
	Diagnosi e cura del diabete mellito			Screening e gestione del paziente diabetico di tipo 2 non complicato
	Patologie cardio-circolatorie			Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale;
	Assistenza programmata nelle strutture residenziali e semiresidenziali			Assicurare le prestazioni di assistenza programmata nelle Residenze e Semiresidenze protette da parte dei medici di assistenza primaria in considerazione delle carenze di medici stessi sul territorio

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
58	118.470,97

2 FELTRE pop. 84.970	UNICO pop. 84.970
----------------------------	----------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	732	0,86%	695	0,82%	727	0,86%	0,93%
01-04 anni	2.828	3,34%	2.886	3,40%	2.909	3,42%	3,89%
05-14 anni	7.306	8,62%	7.345	8,65%	7.385	8,69%	9,39%
15-24 anni	7.582	8,95%	7.503	8,83%	7.421	8,73%	9,24%
25-44 anni	23.818	28,11%	23.370	27,51%	22.894	26,94%	28,99%
45-64 anni	23.512	27,75%	23.953	28,20%	24.448	28,77%	27,65%
65-74 anni	9.153	10,80%	9.243	10,88%	9.218	10,85%	10,15%
75 anni e oltre	9.809	11,58%	9.954	11,72%	9.968	11,73%	9,75%
Totale	84.740	100,00%	84.949	100,00%	84.970	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia 2011	Regione 2011
Indice di Dipendenza		54,32%	54,94%	55,16%	54,99%
Indice di Vecchiaia		1,75	1,76	1,74	1,81

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP = 57 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 4

BELLUNO		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	POPOLAZIONE	MAP	FORME
2 FELTRE pop. 84.970	UNICO pop. 84.970	1	Sinistra Piave	10.000	9	1 MdGI
		1	Destra Piave	21.000	16	2 MdGI
		1	Feltrino e Basso Feltrino	12.500	10	2 MdGI: - 1 UTAP/GI - 1 GI con due sedi*
		1	Ovest Feltrino	30.000	22	1 MdGI con due sedi*

*in deroga a quanto previsto, in quanto la scarsa densità abitativa e pertanto nella presenza di non più di 4 MMG che da soli non sarebbero in grado di rispondere alle attività previste per le MdGI. Pertanto al fine di assicurare anche in queste zone equità di accesso ai servizi da parte della popolazione, l'identificazione di due sedi appare un giusto compromesso.

Oltre alla rivisitazione dell'organizzazione della Medicina Convenzionata secondo le indicazioni regionali e per raggiungere gli obiettivi del Piano (continuità assistenziale, gestione integrata del paziente soprattutto per le patologie croniche, uguaglianza di accesso alle cure) l'Azienda intende sperimentare per quanto attiene l'Assistenza Territoriale:

- ambulatori integrati medico-infermieristico gestiti dai MMG dei Gruppi Integrati, dislocati in più punti del territorio e attivazione di consulenze specialistiche
- assistenza in strutture di ricovero intermedie: Ospedale di Comunità inteso come una disponibilità di letti, gestiti dai MMG associati presso i Centri servizi allocati in diverse strutture.

Complessivamente l'Azienda ha pianificato l'attivazione di 4 Medicine di Gruppo Integrato in quanto due Medicine di gruppo (di cui una UTAP) sono già esistenti per le quali andrà definito il contratto di esercizio e pertanto il nuovo assetto organizzativo; le altre 4 devono organizzarsi trovando una sede disponibile che difficilmente potrà trovare collocazione in strutture dell'Ulss. Per agevolare il percorso di queste ultime si sfrutterà l'opportunità di partire con Gruppi senza sede. Si stima prudenzialmente che **entro dicembre 2012 almeno 1 delle restanti 4 forme associative** potrà organizzarsi in MdGI, riuscendo così a coprire almeno il 50% degli attuali MMG

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.125.973,18 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	9	6.958	SINGOLO	-	
ASSOCIAZIONE	17	22.488	ASSOCIAZIONE	-	
RETE	13	19.076	RETE	-	
GRUPPO	6	7.730	GRUPPO		
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO	57	73.675
UTAP	12	16.908	UTAP	-	
TOTALE COMPLESSIVO	57	73.160	TOTALE COMPLESSIVO	57	73.675

APPROPRIATEZZA DGR n. 3140/2010 e DGR 2369/2011				
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00		PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
	2	144,24	3,99	€ 137

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
2	Il Patto vigente verrà riproposto, compresi gli obiettivi di salute della Quota C. Sono in corso di definizione gli indicatori che verranno utilizzati per la determinazione della quota D)								

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	Attuazione degli obiettivi regionali		Attuazione degli obiettivi aziendali	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
2	E' in corso l'elaborazione dei contratti di esercizio. La presenza di personale di assistenza e personale infermieristico verrà commisurato alla realizzazione delle attività e al raggiungimento dei seguenti obiettivi: - gestione del paziente cronico (scompenso, diabete, ipertensione, BCPO, terapia anticoagulante); - realizzazione di programmi di prevenzione/educazione rivolti a singoli o gruppi (rischio cardiovascolare, rischio cadute negli anziani)			

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". 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	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
117	238.984,53

3 BASSANO del GRAPPA pop. 180.517	1-BASSANO (Pianura) pop. 159.014
	2-ASIAGO (Montagna) pop. 21.503

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.854	1,04%	1.747	0,97%	1.712	0,95%	0,93%
01-04 anni	7.448	4,17%	7.432	4,14%	7.327	4,06%	3,89%
05-14 anni	18.373	10,28%	18.485	10,30%	18.724	10,37%	9,39%
15-24 anni	18.439	10,32%	18.549	10,33%	18.558	10,28%	9,24%
25-44 anni	54.204	30,34%	53.210	29,64%	52.227	28,93%	28,99%
45-64 anni	45.800	25,63%	46.952	26,16%	48.433	26,83%	27,65%
65-74 anni	17.175	9,61%	17.316	9,65%	17.307	9,59%	10,15%
75 anni e oltre	15.369	8,60%	15.806	8,81%	16.229	8,99%	9,75%
Totale	178.662	100,00%	179.497	100,00%	180.517	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		50,84%	51,21%	51,42%	51,45%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,18	1,2	1,21	1,22	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP alla data del 29.2.2012 = 117

AFT = 5

VICENZA		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	POPOLAZIONE	MAP
3 BASSANO del GRAPPA pop. 180.517	1-BASSANO (Pianura) pop. 159.014	4	Marostica	29.300	21
			Romano-Valbrenta- Mussolente-Cassola	37.400	28
			Rosà-Tezze sul Brenta- Rossano Veneto	29.000	21
			Bassano	40.700	32
	2-ASIAGO (Montagna) pop. 21.503	1	Distretto 2	19.000	14

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO = €. 231.779,94 ANNO 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	11	10.299	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	29	36.353	ASSOCIAZIONE		
RETE	36	46.775	RETE		
GRUPPO	41	57.108	GRUPPO	64	86.976
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	53	69.367
UTAP	0	16.908	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	117	167.443	TOTALE COMPLESSIVO	117	156.343

APPROPRIATEZZA DGR n. 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
3	142,86	2,84	€ 137

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
3	SI	Procedura dimissioni protette. Integrazione informativa sanitaria tra MMG, CA, ADI	Riduzione ricoveri inappropriati	SI	Accordi specifici tra Ulss 3 e MMG	Riduzione prescrizioni inappropriate	SI	Accordi specifici tra Ulss 3 e MMG	Riduzione spesa farmaceutica

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	Attuazione degli obiettivi regionali		Attuazione degli obiettivi aziendali	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
3	Gestione della cronicità - Diabete: condivisione/applicazione PTDA Diabete, revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione PTDA Diabete; sperimentazione medicina d'iniziativa; Integrazione informativa-informatica tra CAD -MMG. Gestione della cronicità-scompenso cardiaco: condivisione/applicazione PTDA Scompenso; revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione PTDA Scompenso; sperimentazione medicina d'iniziativa;			

Gestione della cronicità -BPCO: aggiornamento -applicazione percorso aziendale gestione BPCO; **revisione tra pari - monitoraggio indicatori verifica applicazione percorso BPCO, medicina d'iniziativa;**
Cure Palliative - assistenza ai malati in ADIMED e malati terminali: ampliamento disponibilità MMG per partecipazione UVMD di attivazione e di verifica progetti ADIMED effettuabili anche a domicilio, integrazione informativa con servizio di CA per pz ADIMED, ampliamento rintracciabilità telefonica a favore di operatori sanitari dell'assistenza domiciliare; **Prevenzione rischio cardiovascolare:** calcolo del RCV nei soggetti con almeno un fattore di rischio per sorveglianza+counseling su fattori di rischio comportamentali+management mediante trattamenti cost/effective

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
126	257.367,96

4 ALTO VICENTINO pop.188.426	1 - THIENE Pop. 91.139
	2 - SCHIO Pop.97.287

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.951	1,04%	1.931	1,03%	1.857	0,99%	0,93%
01-04 anni	7.770	4,15%	7.809	4,16%	7.758	4,12%	3,89%
05-14 anni	18.906	10,11%	19.051	10,14%	19.074	10,13%	9,39%
15-24 anni	18.144	9,70%	18.254	9,71%	18.399	9,77%	9,24%
25-44 anni	56.929	30,43%	55.572	29,57%	54.259	28,82%	28,99%
45-64 anni	48.057	25,69%	49.283	26,23%	50.665	26,91%	27,65%
65-74 anni	19.314	10,32%	19.547	10,40%	19.340	10,27%	10,15%
75 anni e oltre	16.011	8,56%	16.455	8,76%	16.912	8,98%	9,75%
Totale	187.082	100,00%	187.902	100,00%	188.264	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		51,94%	52,63%	52,66%	51,45%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,23	1,25	1,26	1,22	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP = 125 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 5

SITUAZIONE AL 29.2.2012 E PREVISIONE PER IL 2012 CON TUTTI I MEDICI ORGANIZZATI IN FORMA ASSOCIATIVA DI RETE O DI UTAP/MdGi

NUMERO COMPLESSIVO	LOCALIZZAZIONE	POPOLAZIONE	MAP TOT. N. 125	ASSISTITI DALLA MEDICINA GENERALE	NUMERO ASSISTITI ATTRAVERSO MdGI/UTAP/GRUPPO	NUMERO ASSISTITI ATTRAVERSO FORMA ASSOCIATIVA DI RETE
5	AFT NORD (14 Comuni)	28.210	20 (1MMG/1.331 ASS.TI)	26.639	10.904	15.735
	AFT CENTRO (3 Comuni)	39.721	27 (1MMG/1.292 ASS.TI)	34.908	14.692	20.216
	AFT NORD OVEST (4 Comuni)	54.855	38 (1MMG/1.271 ASS.TI)	48.322	6.743	41.579
	AFT EST-SUD EST (9 Comuni)	35.150	27 (1MMG/1.347ASS.TI)	36.387	24.870	11.517
	AFT OVEST (3 Comuni)	21.074	13 (1MMG/1.407 ASS.TI)	18.294	17.272	1.022

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO = € 226.699,33 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	12	9.750	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	41	51.826	ASSOCIAZIONE		
RETE	19	23.697	RETE		
GRUPPO	26	37.658	GRUPPO	74	97.026
GRUPPO INTEGRATO	10	12.984	GRUPPO INTEGRATO/UTAP	51	66.869
UTAP	19	24.097	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	127	160.012	TOTALE COMPLESSIVO	125	163.895

APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
4	127,02	2,87	€ 121

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
4	SI	Patto Aziendale	Tasso di Ospedalizzazione < 132	SI	Patto Aziendale	< 4 per abitante	SI	Patto Aziendale	< 125 secondo schema di calcolo della DGR n. 3140/2010

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NEI PATTI AZIENDALI	
	Specificazione	Specificazione	Individuazione	Descrizione
4			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccinazione antiinfluenzale; ▪ Adesione agli screening; ▪ Vitamina D 	Vaccinazione antiinfluenzale Adesione agli screening Vaccinazione Vitamina D
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumo ▪ Formazione 	Fumo Formazione
	Cure palliative e lotta al dolore		Neoplasie e cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalenza tumori - Accessi domiciliari utenti in CP – accessi per utente come da programma NCP - Riunione del gruppo di MMG per la verifica (analisi bisogni/soluzioni) dei casi in cure palliative - Decessi a domicilio
	Assistenza al paziente cronico		Dimissioni protette	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso domiciliare entro la data concordata - Riunione annuale per la verifica delle dimissioni protette, allo scopo di valutare la qualità delle cure per ciascun paziente
	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito		Diabete tipo 2 non insulino trattato	Registrazione BMI Registrazione dato fumo
	Assistenza al paziente cronico		Iipertensione	Prevalenza ipertensione arteriosa Definizione indicatori di processo ed esito Registrazione dato fumo Ragistrazione PA Registrazione BMI Registrazione microalbuminuria Registrazione colesterolo totale PA < =150/90 mmHG
		Scompenso cardiaco	Prevalenza scompenso cardiaco Definizione indicatori di processo ed esito	

AZIENDA ULSS N. 5 OVEST VICENTINO

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". 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			

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 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	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*

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
120	245.112,34

***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 verrà decurtato dalle disponibilità indicate nella presente scheda. Pertanto il finanziamento complessivo da assegnare all'Azienda Ulss n. 5 è di €. 431.540,44**

5 OVEST VICENTINO pop. 181.461	UNICO pop. 181.461
--------------------------------------	-----------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.968	1,09%	1.935	1,07%	1.881	1,04%	0,93%
01-04 anni	7.965	4,43%	7.856	4,35%	7.861	4,33%	3,89%
05-14 anni	18.419	10,24%	18.763	10,39%	18.897	10,41%	9,39%
15-24 anni	18.396	10,23%	18.393	10,19%	18.401	10,14%	9,24%
25-44 anni	56.028	31,16%	54.840	30,37%	53.773	29,63%	28,99%
45-64 anni	45.342	25,22%	46.661	25,84%	48.115	26,52%	27,65%
65-74 anni	17.085	9,50%	17.145	9,49%	17.075	9,41%	10,15%
75 anni e oltre	14.599	8,12%	14.984	8,30%	15.458	8,52%	9,75%
Totale	179.802	100,00%	180.577	100,00%	181.461	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia 2011	Regione 2011
Indice di Dipendenza		50,13%	50,61%	50,85%	51,45%
Indice di Vecchiaia		1,12	1,13	1,14	1,22

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP = 122 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 6

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.143.846,81 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	24	21.481	SINGOLO	22 da trasformare in rete	16.712
ASSOCIAZIONE	18	23.776	ASSOCIAZIONE	11 da trasformare in rete	13.674
RETE	19	26.067	RETE	22	30.265
GRUPPO	48	67.769	GRUPPO CON SEDE UNICA	44	62.720
GRUPPO INTEGRATO	0		GRUPPO INTEGRATO*	9	12.928
UTAP	14	18.781	UTAP	14	18.975
TOTALE COMPLESSIVO	123	157.784	TOTALE COMPLESSIVO	122	155.229

APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
5	147,57	2,90	€ 138

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
5	NO			SI	Piano Attuativo Aziendale	Rispetto degli standard regionali	SI	Prescrizione farmaci brevetto scaduto, distribuzione diretta farmaci	Rispetto obiettivo regionale

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
5	Diabete	Gestione integrata	Diabete	Scheda quadrimestrale prevista dal Protocollo
	Cure Palliative	Istituzione Nucleo Cure Palliative	Circuito oncologico	Presa in carico del paziente deambulante e non, con accesso preferenziale all'ambulatorio
	Paziente cronico	Progetto quadro BPCO		

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 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
218	445.287,42

6 VICENZA pop.320.461	1-VICENZA pop. 115.928
	2-EST pop. 76.476
	3-OVEST pop. 61.390
	4-SUD-EST pop. 66.667

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	3.241	1,02%	3.114	0,98%	3.059	0,95%	0,93%
01-04 anni	13.086	4,14%	13.108	4,12%	12.931	4,04%	3,89%
05-14 anni	30.926	9,78%	31.489	9,89%	31.999	9,99%	9,39%
15-24 anni	30.450	9,63%	30.600	9,61%	30.747	9,59%	9,24%
25-44 anni	98.015	31,00%	96.154	30,20%	94.224	29,40%	28,99%
45-64 anni	81.883	25,89%	84.178	26,43%	87.098	27,18%	27,65%
65-74 anni	31.061	9,82%	31.472	9,88%	31.276	9,76%	10,15%
75 anni e oltre	27.553	8,71%	28.321	8,89%	29.127	9,09%	9,75%
Totale	316.215	100,00%	318.436	100,00%	320.461	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		50,33%	50,97%	51,11%	51,45%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,24	1,25	1,26	1,22	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Totale MAP alla data del 29.2.1012 = 214

AFT = 10

VICENZA		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	POPOLAZIONE	MAP
6 VICENZA pop.320.461	1-VICENZA pop. 115.928	3	Circoscrizione n. 1,2 e 5	38.950	83
			Circoscrizione n. 3 e 4	39.827	
			Circoscrizione 6 e 7	37.107	
	2-EST pop. 76.476	3	Sandrigo, Bolzano, Pozzoleone, Bressanvido	21.065	49
			Dueville, Monticello	23.346	
			Quinto, Torri, Camisano, Grumulo	32.065	
	3-OVEST pop. 61.390	2	Sovizzo, Altavilla, Creazzo, Gambugliano	33.428	37
			Caldogno, Costabissara, Isola Monteviale	27.962	
	4-SUD-EST pop. 66.667	2	Arcugnano, Castegnero- Longare – Montegalda, Montegaldelta, Grisignano, Zovencedo	26.785	45
			Noventa, Pojana, Asigliano, Agugliano, Campiglia, Origiano, Sangermano, Sossano, Albettone, Barbarano, Mossano, Nanto, Villaga	39.882	

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.458.857,94 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	34	32.439	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	56	71.316	ASSOCIAZIONE		
RETE	55	70.972	RETE		
GRUPPO	58	75.393	GRUPPO	163	200.159
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	36	54.000
UTAP	15	22.091	UTAP	15	22.540
TOTALE COMPLESSIVO	218	272.211	TOTALE COMPLESSIVO	214	276.699

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
6	130,98	4,25	€ 138

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
6	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Patto Aziendale: comunicazione tra Medico Ospedaliero e MAP in occasione del ricovero dei pazienti, con scambio bilaterale di informazioni - Progetto "Dimissioni protette" - Rete dei "Nuclei di Assistenza Intermedia", per garantire assistenza residenziale temporanea post ricovero ospedaliero per evento acuto e necessaria stabilizzazione clinica e/o di una riorganizzazione del nucleo familiare - Protocolli gestiti dal Distretto in accordo con i MAP relativi a procedure assistenziali complesse eseguite in regime ambulatoriale (esecuzione di paracentesi evacuative per pazienti epatopatici ascitici posizionamento di cateteri venosi centrali; trasfusioni non urgenti). 	Tasso di Ospedalizzazione non superiore a 140/1000	SI	Patto Aziendale; Patto Aziendale SAI	Soglia non superiore a 4 prestazioni/abitante e non superiore a €. 160,00	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento, estensione e semplificazione della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, con modalità definite dall'Azienda; - Verifica della corretta applicazione della prescrizione delle note AIFA (Patto Aziendale in essere); - Mantenimento della spesa farmaceutica relativo alla Medicina generale almeno al di sotto del 2% rispetto alla media regionale (Patto Aziendale in essere) - La creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo (Documento Aziendale di Direttive per l'anno 2012) 	Spesa non superiore a €. 140/ass.ti

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
6	Cure palliative e lotta al dolore	Istituzione Nuclei Cure Palliative		Attivazione, in accordo con i MAP, di protocolli di gestione dei pazienti oncologici con particolare riguardo alla presa in carico ambulatoriale, domiciliare e residenziale (Hospice). L'assistenza è garantita dai Medici Palliativisti e sarà supportata dalla MG attraverso turni con la Continuità Assistenziale
	Assistenza al paziente cronico			L'Azienda sta predisponendo un Piano, che anche con modalità innovative, possa garantire una migliore risposta ai bisogni socio-sanitari dei pazienti cronici.
	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito			E' in fase di attivazione il PDTA integrato MAP e UOC di Diabetologia –Endocrinologia.
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo			L'Azienda ha intrapreso le seguenti azioni condivise con i MAP: e) campagna di sensibilizzazione rivolta agli adolescenti attuata presso gli istituti scolastici al fine di promuovere e ritardare l'abitudine al fumo, eliminare e ridurre il consumo di sigarette e attivare fattori protettivi; f) corsi per smettere di fumare rivolti a tutte le persone che, senza carattere di urgenza e per motivi di salute, abbiano intenzione di affrontare questo problema g) ambulatorio per la diagnosi e trattamento delle malattie provocate dal fumo di tabacco, gestito dagli specialisti Pneumologo e Psicologo. a) campagna di sensibilizzazione degli operatori sanitari per la promozione di una cultura libera dal fumo, con l'adesione all'iniziativa "TFU Charter - Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario contro il Tabacco".

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". Appropriattezza.” - 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 <i>(7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)</i>	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
153	312.518,24

7 PIEVE DI SOLIGO pop. 219.303	1- NORD pop. 101.628
	2- SUD pop. 117.676

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	2.100	0,96%	2.052	0,94%	2.011	0,92%	0,93%
01-04 anni	8.632	3,96%	8.637	3,95%	8.537	3,89%	3,89%
05-14 anni	20.439	9,37%	20.735	9,47%	21.037	9,59%	9,39%
15-24 anni	20.171	9,25%	20.050	9,16%	19.981	9,11%	9,24%
25-44 anni	64.638	29,64%	63.454	28,99%	61.819	28,19%	28,99%
45-64 anni	57.193	26,23%	58.410	26,69%	60.225	27,46%	27,65%
65-74 anni	22.718	10,42%	22.918	10,47%	22.647	10,33%	10,15%
75 anni e oltre	22.166	10,17%	22.597	10,33%	23.047	10,51%	9,75%
Totale	218.057	100,00%	218.853	100,00%	219.304	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		53,56%	54,22%	54,41%	51,60%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,44	1,45	1,45	1,24	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ULSS 7 (INSIEME A ULSS 8 E 9)

Totale MAP = 149 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 7

TREVISO		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	ASSISTITI	MAP	FORME
7 PIEVE DI SOLIGO pop. 219.303	1-NORD pop. 101.628	3	AFT 1 NORD	36.011	28	3 Associazioni 1 UTAP 5singoli
			AFT 2 NORD	19.478	16	1 MdG 6 singoli
			AFT 3 NORD	32.564	25	2 rete 3 MdG + Ass 6 singoli
	2-SUD pop. 117.676	4	AFT 1 SUD	22.778	19	2 Associazioni 1 MdGI 7 singoli
			AFT 2 SUD	25.350	20	1 Associazione 1 MdGI 1 Rete 7 singoli
			AFT 3 SUD	29.779	23	3 Associazioni 1 MdGI 3 singoli
			AFT 4 SUD	24.193	18	1 Associazioni 1 UTAP 7 singoli

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.396.649,28 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	41	42.290	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	56	74.582	ASSOCIAZIONE		
RETE	13	16.687	RETE		
GRUPPO	30	39.819	GRUPPO	84	74.699
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	65	110.131
UTAP	12	15.898	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	152	189.276	TOTALE COMPLESSIVO	149	184.830

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio)	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata
	Valore soglia 2011= <140,00	Valore soglia 2011= <4,00	Valore soglia 2011 = <147
7	135,04	3,09	€ . 129

APPROPRIATEZZA									
A.ULS S	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
7	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital); Istituzione di un Tavolo Ospedale-Territorio	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Raggruppamenti di Attesa Omogenei; Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuzione diretta (dopo visita specialistica, ricovero e per farmaci PHT e con Piano Terapeutico); - Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand; - Progetto Buona Pratica Prescrittiva con incontri in plenaria, in équipe e con singoli medici sulla base di specifica reportistica 	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
7	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico		Attuazione degli obiettivi regionali richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali secondo la programmazione di ogni Azienda. Gli obiettivi di salute saranno declinati con successivo documento di programmazione come da indicazioni regionali	

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". 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 (€)
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 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
164	334.986,87

8 ASOLO pop. 249.289	1-ASOLO CASTELFRANCO pop. 142.585
	2-VALDOBBIADENE MONTEBELLUNA pop. 108.177

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	2.742	1,10%	2.757	1,10%	2.739	1,09%	0,93%
01-04 anni	11.253	4,51%	11.227	4,48%	11.143	4,42%	3,89%
05-14 anni	25.867	10,38%	26.163	10,43%	26.667	10,58%	9,39%
15-24 anni	25.588	10,26%	25.730	10,26%	25.587	10,15%	9,24%
25-44 anni	78.541	31,50%	77.000	30,71%	75.359	29,89%	28,99%
45-64 anni	63.021	25,28%	64.717	25,81%	66.901	26,53%	27,65%
65-74 anni	22.327	8,96%	22.761	9,08%	22.831	9,06%	10,15%
75 anni e oltre	19.970	8,01%	20.407	8,14%	20.898	8,29%	9,75%
Totale	249.309	100,00%	250.762	100,00%	252.125	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		49,15%	49,76%	50,21%	51,60%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,06	1,08	1,08	1,24	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ULSS 8 (INSIEME A ULSS 7 E 9)

Totale MAP = 161 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = totali 8 e 161 MMG

= 4 nel 2012 che coinvolgono 79 MMG

TREVISO		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	ASSISTITI	MAP	FORME
8 ASOLO pop. 249.289	1-ASOLO CASTELFRANCO pop. 142.585	2	AFT di Castelfranco Veneto	30.308	21	
			AFT di Crespano del Grappa	17.831	12	
	2-VALDOBBIADENE MONTEBELLUNA pop. 108.177	2	AFT di Giavera del Montello	27.529	22	
			AFT di Valdobbiadene	31.643	24	

= 4 nel 2013 che coinvolgono 82 MMG

TREVISO		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	ASSISTITI	MAP	FORME
8 ASOLO pop. 249.289	1-ASOLO CASTELFRANCO pop. 142.585	3	AFT di Asolo	22.927	17	
			AFT di Riese Pio X	28.483	21	
			AFT di Vedelago	21.322	16	
	2-VALDOBBIADENE MONTEBELLUNA pop. 108.177	1	AFT di Montebelluna	34.683	28	

Le AFT qui individuate andranno tutte attivate nel corso del 2012

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.361.551,80 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	30	37.457	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	54	70.273	ASSOCIAZIONE		
RETE	10	14.832	RETE		
GRUPPO	56	72.116	GRUPPO	68	70.855
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	79	122.222
UTAP	14	21.213	UTAP	14	21.649
TOTALE COMPLESSIVO	164	215.479	TOTALE COMPLESSIVO	161	214.726

APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
8	139,88	3,35	€. 150

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
8	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital)	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	RAO; PTDA	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Distribuzione diretta; Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Descrizione
8	Diabete mellito	Diagnosi e cura del Diabete Mellito	Quota C: gestione integrata del Paziente diabetico di tipo II	La gestione integrata del Diabete mellito tipo II è stata prevista nel contratto/patto 2010 prorogato nel 2011
	Cure palliative Lotta al dolore	Applicazioni di protocolli sulla base delle indicazioni regionali		
	Patologie correlate al fumo	Applicazioni di protocolli di counseling e di sostegno alla disassuefazione		
	Paziente cronico	Sviluppo ambulatorio per patologia e sviluppo ADIMED/Dimissioni protette		

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
271	553.545,37

9 TREVISO pop. 416.936	1-TREVISO pop. 106.204
	2-PAESE-VILLORBA pop. 125.327
	3-MOGLIANO V.TO pop. 100.077
	4-ODERZO pop. 85.328

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	4.452	1,08%	4.206	1,01%	4.180	1,00%	0,93%
01-04 anni	17.456	4,23%	17.655	4,26%	17.472	4,19%	3,89%
05-14 anni	39.599	9,61%	40.224	9,70%	41.054	9,85%	9,39%
15-24 anni	37.853	9,18%	37.969	9,16%	38.259	9,18%	9,24%
25-44 anni	129.371	31,38%	126.684	30,56%	123.864	29,71%	28,99%
45-64 anni	107.716	26,13%	110.473	26,65%	113.979	27,34%	27,65%
65-74 anni	39.875	9,67%	40.425	9,75%	40.241	9,65%	10,15%
75 anni e oltre	35.938	8,72%	36.867	8,89%	37.887	9,09%	9,75%
Totale	412.260	100,00%	414.503	100,00%	416.936	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		49,95%	50,66%	51,01%	51,60%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,23	1,24	1,25	1,24	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ULSS 9 (INSIEME A ULSS 7 E 8)

Totale MAP = 268 alla data del 29 febbraio 2012

AFT = 14

TREVISO		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO MMG	ASSISTIBILI
9 TREVISO pop. 416.936	1-TREVISO pop. 106.204	4	Treviso	17	23.566
			Treviso	21	28.263
			Treviso	21	23.794
			Silea – San Biagio di Callalta	15	18.736
	2-PAESE-VILLORBA pop. 125.327	4	Istrana – Quinto – Morgano	17	21.863
			Paese – Ponzano – Povegliano	22	31.048
			Villorba – Arcade – Spersiano	22	31.094
			Breda- Carbonera- Maserada	17	23.260
	3-MOGLIANO V.TO pop. 100.077	3	Casier-Preganziol	20	24.968
			Mogliano-Zero Branco	26	34.747
			Casale-Monastier-Roncade-Zenson di Piave	20	26.861
	4-ODERZO pop. 85.328	3	Fontanelle-Oderzo	16	23.985
			Cimadolmo-Ormelle-Ponte di Piave – Salgareda – San Polo di Piave	16	23.851
Cessalto – Chiarano - Gorgo al Monticano – Mansuè – Meduna – Motta di Livenza - Portobufolè			19	26.407	

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.736.058,75 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	68	69.832	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	102	140.869	ASSOCIAZIONE		
RETE	29	43.699	RETE		
GRUPPO	65	95.984	GRUPPO	236*	319.072
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO	32*	43.264
UTAP	6	8.245	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	270	358.629	TOTALE COMPLESSIVO	268	362.430

* Viene prevista l'attivazione di n. 4 Medicine di Gruppo Integrato con il coinvolgimento di n. 32 Medici di Medicina Generale

APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011				
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI		PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00		Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
9	139,96		3,85	€. 138

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
9	SI	Attuazione delle indicazioni regionali in merito alla appropriatezza (Es. passaggi da ricoveri ordinari a Day Hospital)	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Raggruppamenti di Attesa Omogenei; Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni	SI	Distribuzione diretta; Distribuzione per conto; Controllo per classe ATC generici e brand	Rispetto degli standard regionali riportati nella DGRV n. 3140/2010 e successive integrazioni

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
9	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito; Cure Palliative e Lotta al dolore; Prevenzione delle patologie correlate al fumo; Assistenza al paziente cronico		Attuazione degli obiettivi regionali sopra richiamati e di quelli contenuti nei Patti Aziendali secondo la programmazione di ogni Azienda. Gli obiettivi di salute saranno declinati con successivo documento di programmazione come da indicazioni regionali	

AZIENDA ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
147	300.262,62

10 Veneto Orientale pop. 216.929	1-Basso Piave pop. 81.839
	2-Litorale pop.62.583 (con presenza turistica: 16 milioni di presenze)
	3-Portogruarese pop.72.507

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		
	n.	%	n.	%	n.	%	Regione %
0 anni	1.977	0,92%	1.945	0,90%	1.850	0,85%	0,93%
01-04 anni	7.925	3,70%	8.000	3,71%	8.028	3,70%	3,89%
05-14 anni	18.918	8,84%	19.296	8,95%	19.529	9,00%	9,39%
15-24 anni	19.551	9,14%	19.522	9,05%	19.420	8,95%	9,24%
25-44 anni	64.801	30,28%	63.667	29,53%	62.747	28,93%	28,99%
45-64 anni	58.410	27,30%	60.044	27,85%	61.870	28,52%	27,65%
65-74 anni	22.410	10,47%	22.396	10,39%	22.106	10,19%	10,15%
75 anni e oltre	19.993	9,34%	20.740	9,62%	21.379	9,86%	9,75%
Totale	213.985	100,00%	215.610	100,00%	216.929	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		49,89%	50,53%	50,61%	53,04%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,47	1,48	1,48	1,64	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ULSS 10 VENETO ORIENTALE

Totale MAP = 147 alla data del 29 febbraio 2012

AFT= 7

VENEZIA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO MMG	ASSISTIBILI
10 Veneto Orientale pop. 216.929	1- Basso Piave pop. 81.839	4	Musile di Piave, Meolo, Fossalta di Piave, Noventa di Piave, località di Passarella e Chiesanuova del Comune di S.Donà di Piave	22	27.171
			San Donà di Piave	25	33.346
			Jesolo	17	21.778
			Eraclea-Ceggia-Torre di Mosto	15	20.312
	2-del Litorale pop.62.583 (con presenza turistica: 16 milioni di presenze)	-	-	-	-
	3-Portogruarese pop.72.507	3	S.Stino di Livenza, Annone Veneto, Caorle	20	25.299
			Portogruaro, Concordia Sagittaria	28	34.917
			15	25.106	

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.296.600,03 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	29	23.737	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	51	71.405	ASSOCIAZIONE		
RETE	4	5.454	RETE		
GRUPPO	51	67.349	GRUPPO	30	36.466
GRUPPO INTEGRATO	0		GRUPPO INTEGRATO	104	132.952
UTAP	13	18.464	UTAP	13	18.511
TOTALE COMPLESSIVO	148	186.409	TOTALE COMPLESSIVO	147	187.929

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
10	143,93	3,59	€ 152

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
10	SI	Progetto Dimissioni Protette. Patto Aziendale 2011-2013. Utilizzo quota A PTDA per BPCO, Scopenso Cardiaco. Attivazione Nucleo Cure Palliative ed Hospice	Ottimizzazione del numero di ricoveri: non > a 140 x 1.000	SI	Progetto: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli esami specialistici. Utilizzo Quota A	Ottimizzazione del numero delle prestazioni specialistiche per abitante: 4 prestazioni/ab. Razionalizzazione dell'assistenza specialistica: non > a €. 160,00 per abitante	SI	Accordo aziendale anno 2012. Distribuzione Diretta Ottimizzazione DPC Accordo DPC farmaci pazienti ADIMED	Razionalizzazione della spesa farmaceutica: non > a 140,00 €. per abitante

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
10	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito		Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito	La gestione integrata del D.M. tipo II non insulino trattato (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013 Quota A)
	Cure palliative e lotta al dolore		Cure palliative e lotta al dolore	Miglioramento dell'assistenza al malato e sostegno alla lotta al dolore (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013 Quota B)
	Assistenza al paziente cronico		Assistenza al paziente cronico	Protocollo dimissioni protette ((Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013, quota A) Gestione integrata paziente in terapia anticoagulante orale-TAO (Obiettivo inserito nel Patto aziendale 2011-2013)

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". 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	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
234	477.969,07

12 VENEZIANA pop. 296.537	1-CENTRO STORICO pop. 59621
	2-ESTUARIO + Cavallino Treporti pop. 43.413
	3-MESTRE Centro e MESTRE Sud pop.118.186
	4-MESTRE Nord + Quarto D'Altino e Marcon pop. 75.317

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	2.351	0,77%	2.447	0,80%	2.343	0,76%	0,93%
01-04 anni	9.914	3,24%	9.849	3,20%	9.962	3,23%	3,89%
05-14 anni	24.247	7,92%	24.853	8,08%	25.112	8,14%	9,39%
15-24 anni	23.921	7,81%	24.264	7,89%	24.596	7,97%	9,24%
25-44 anni	83.235	27,19%	81.483	26,48%	80.018	25,94%	28,99%
45-64 anni	85.898	28,06%	87.294	28,37%	88.969	28,84%	27,65%
65-74 anni	39.325	12,85%	39.529	12,85%	38.894	12,61%	10,15%
75 anni e oltre	37.239	12,16%	38.002	12,35%	38.628	12,52%	9,75%
Totale	306.130	100,00%	307.721	100,00%	308.522	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		58,57%	59,41%	59,37%	53,04%	51,79%
Indice di Vecchiaia		2,1	2,09	2,07	1,64	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Medici di Assistenza Primaria al 29.2.2012= 229 al 29.2.2012

AFT= 11

VENEZIA	NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO MMG	ABITANTI	
12 VENEZIANA pop. 296.537	1-CENTRO STORICO pop. 59.621	2	Centro Storico	52	59.942
	2-ESTUARIO + CAVALLINO TREPORTI pop. 43.413	2	Lido e Cavalino TrePorti	32	43.690
	3-MESTRE Centro e MESTRE Sud pop.118.186	4	Mestre Centro	86	117.782
	4-MESTRE Nord + QUARTO D'ALTINO E MARCON pop. 75.317	3	MESTRE Nord, Quarto D'Altino e Marcon	59	87.113

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.419.379,77 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	34	29.286	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	96	106.909	ASSOCIAZIONE		
RETE	7	7.432	RETE		
GRUPPO	82	104.101	GRUPPO	71	107.908
GRUPPO INTEGRATO	12	12.870	GRUPPO INTEGRATO	143	139.864
UTAP	3	4.223	UTAP	15	17.049
TOTALE COMPLESSIVO	234	264.821	TOTALE COMPLESSIVO	229	264.861

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
12	145,37	4,85	€. 139

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
12	SI	Concorso di tutti gli strumenti sottostanti: - PDTA; - percorsi formativi comuni (H-T) per la presa in carico del paziente cronico medicina di iniziativa - Protocollo di ammissione/dimissione protetta;	Rispetto obiettivi di budget D.G. – DGR 2369/2011 Miglior controllo dell'ipertensione, degli accessi al PS e dei ricoveri per le complicanze riduzione ricoveri ripetuti da cardiopatia cronica, BPCO, diabete.	SI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ attivazione consulenze specialistiche brevi (telefoniche /documentale presso sedi MDG) ▪ applicazione piano attuativo in materia di governo delle liste d'attesa ▪ incontri con strutture accreditate ▪ definizione percorsi clinico assistenziali (PDTA) ▪ utilizzo delle competenze specialistiche dei MMG ▪ percorsi brevi diagnostico terapeutici multi specialistici intradistrettuali con collaborazione MMG 	Riduzione delle prestazioni specialistiche per abitante Riduzione delle liste d'attesa rispetto obiettivi di budget direttore generale DGR 2369/2011	SI	Incentivare l'uso del generico e generico non sostituibile Monitoraggio intensivo di farmaci innovativi Incentivare distribuzione diretta farmaci Appropriatezza prescrizione ossigeno terapia Monitoraggio consumo di farmaci nei centri servizi per anziani non autosufficienti Monitoraggio farmaci piano terapeutico Percorsi diagnostico-terapeutici	Riduzione della spesa farmaceutica per abitante rispetto obiettivi di budget Direttore Generale DGR 2369/2011
		Incontri con strutture accreditate	Revisione, applicazione con miglior appropriatezza dei ricoveri						
		Implementazione ulteriore della telemedicina	Miglior appropriatezza dei ricoveri						
		Presa in carico globale territoriale del paziente oncologico	Riduzione dei ricoveri ripetuti, degli accessi al PS e dei giorni di degenza Riduzione dei ricoveri nelle UO ospedaliere, e miglioramento della qualità della vita a domicilio						
		Disponibilità dei MMG nelle forme associative all'accesso per prestazioni non differibili	Migliore gestione dei "codici bianchi" con riduzione accessi al PS						

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
12	Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito	Promuovere nuovi stili di vita sani nella popolazione	Presenza in carico del Diabete Mellito di tipo 2 in scompenso metabolico	Programmi di educazione alla salute inerenti l'alimentazione e la promozione dell'attività fisica all'interno delle AFT Percorso formativo condiviso con diabetologi aziendali Protocollo di gestione integrata (MMG, SAI, Spec Osp.) del diabete tipo 2 in scompenso Audit sulla gestione del diabete da parte delle forme associative (raggiungimento dei livelli accettabili di performance su glicemia, Hba1c, monitoraggio BMI)
	Cure palliative e lotta al dolore	Gestione del paziente oncologico secondo il progetto aziendale di cure palliative		Attivazione di protocollo con la rete di cure palliative e MMG (AFT) sulla segnalazione dei casi candidati e sulla condivisione dei dati clinici. Razionalizzazione degli accessi in ADI in coordinamento con il Nucleo di cure palliative (ODO).

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
188	384.009,34

13 MIRANO pop. 268.872	1 - NORD pop. 140.305
	2 - SUD pop. 128.567

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	2.715	1,03%	2.496	0,94%	2.616	0,97%	0,93%
01-04 anni	10.438	3,95%	10.582	3,97%	10.573	3,93%	3,89%
05-14 anni	23.631	8,94%	24.250	9,09%	24.754	9,20%	9,39%
15-24 anni	23.175	8,76%	23.297	8,74%	23.346	8,68%	9,24%
25-44 anni	83.718	31,65%	82.036	30,76%	80.573	29,96%	28,99%
45-64 anni	72.484	27,41%	74.336	27,87%	76.736	28,53%	27,65%
65-74 anni	27.219	10,29%	27.878	10,45%	27.722	10,31%	10,15%
75 anni e oltre	21.092	7,98%	21.830	8,19%	22.614	8,41%	9,75%
Totale	264.472	100,00%	266.705	100,00%	268.934	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione
				2011	2011
Indice di Dipendenza	47,44%	48,44%	48,87%	53,04%	51,79%
Indice di Vecchiaia	1,31	1,33	1,33	1,64	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Medici di Assistenza Primaria al 29.2.2012= 184 al 29.2.2012

AFT= 6

VENEZIA		NUMERO COMPLESSIVO AFT	LOCALIZZAZIONE	POPOLAZIONE	MAP	FORME/MMG
13 MIRANO pop. 268.872	1 – AREA NORD pop. 140.305	3	AFT 1 Spinea-Martellago	48.800	35	3 MdG (8+4+4) 1 Medicina di rete (5) 1 Medicina in associazione (10) 4 Medici singoli
			AFT 2 Mirano S.Maria di Sala	44.687	30	3 MdG (4+4+6) 3 Medicine in associazione (5+4+2) 5 Medici singoli
			AFT 3 Noale-Salzano-Scorzè	47.740	32	1UTAP Integrata (6) 3 MdG (4+3+6) 1 Medicina in associazione (5) 1 Medicina in rete (4) 4 Medici singoli
	2 – AREA SUD pop. 128.567	3	AFT 1 Mira	39.141	28	1UTAP aggregata (7) 3 MdG (4+5+3) 1 Medicina in associazione (6) 1 Medicina di rete (3)
			AFT 2 Dolo-Fiesso d'Artico-Pianiga- Stra	42.874	28	5 MdG (3+3+4+3+3) 3 Medicine in associazione (2+2+4) 1 Medico singolo
			AFT 3 Campagna Lupia-Campolongo Maggiore-camponogara- Fossò-Vigonovo	47.628	30	1 MdG (4) 2 Medicine di rete (6+3) 3 Medicina in associazione (3+1+1) 12 Medici singoli

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.315.935,96 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	24	19.257	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	49	59.970	ASSOCIAZIONE		
RETE	31	39.490	RETE		
GRUPPO	70	92.623	GRUPPO	171	213.529
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO		
UTAP	13	18.433	UTAP	13	18.640
TOTALE COMPLESSIVO	187	229.773	TOTALE COMPLESSIVO	184	232.169

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio)	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata
	Valore soglia 2011= <140,00	Valore soglia 2011= <4,00	Valore soglia 2011 = <147
13	143,09	5,82	€ 147

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
13	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	140 per 1000	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	4 prestazioni per abitante	SI	Audit su reportistica con produzione di relazione per forma associativa	Non superiore a 140 €.pro capite

OBIETTIVI DI SALUTE		
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI
13	In programmazione	<p>Quota A</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ partecipazione alle UVMD e compilazione scheda SVAMA; ▪ vaccinazioni; ▪ indicazione del sospetto diagnostico in relazione a PTDA condivisi; ▪ partecipazione alla distribuzione per conto dei presidi antidiabetici; ▪ partecipazione al progetto regionale supplementazione vit "D" anziani ultra75 enni. <p>Quota B</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ analisi della reportistica sulla farmaceutica e sulla diagnostica; ▪ medicina d'iniziativa; ▪ distribuzione per conto ed a pazienti ADI

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 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
58	118.470,97

14 CHIOGGIA pop. 68.863	UNICO Chioggia Cavarzere Cona
--	-------------------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.217	0,91%	546	0,79%	484	0,70%	0,93%
01-04 anni	4.725	3,52%	2.141	3,10%	2.175	3,16%	3,89%
05-14 anni	11.584	8,63%	5.697	8,26%	5.701	8,28%	9,39%
15-24 anni	12.407	9,24%	6.376	9,25%	6.255	9,08%	9,24%
25-44 anni	41.582	30,98%	19.518	28,30%	19.038	27,65%	28,99%
45-64 anni	36.933	27,52%	20.043	29,06%	20.495	29,76%	27,65%
65-74 anni	14.066	10,48%	8.060	11,69%	7.918	11,50%	10,15%
75 anni e oltre	11.697	8,72%	6.580	9,54%	6.797	9,87%	9,75%
Totale	134.211	100,00%	68.961	100,00%	68.863	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		47,61%	50,12%	50,40%	53,04%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,47	1,75	1,76	1,64	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 58 al 29.2.2012

AFT= 3

VENEZIA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO MMG	ASSISTIBILI
14 CHIOGGIA pop. 68.863	UNICO Chioggia Cavarzere Cona	3	1 a Sottomarina	25	25.761
			1 a Chioggia centro storico e frazioni	18	19.993
			1 a Cavarzere-Cona	15	16.559

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.56.757,95 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	1	63	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	8	7.505	ASSOCIAZIONE		
RETE	17	17.999	RETE		
GRUPPO	24	27.051	GRUPPO	16	14.495
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO	35	38.534
UTAP	8	9.802	UTAP	7	8.959
TOTALE COMPLESSIVO	58	62.420	TOTALE COMPLESSIVO	58	61.988

APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
14	157,76	8,15	€. 145

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
14	SI	Progetto Quadro BCPO PTDA Scopenso Cardiaco Progetto Codici Bianchi 2 Potenziamento della OBI Attivazione 5 P.L. in Struttura Intermedia	Riduzione accessi al PS Riduzione tasso di ospedalizzazione	SI	Gruppo di lavoro per la definizione di indirizzi per la prescrizione appropriata delle prestazioni riabilitative Obiettivo di budget trasversale a tutte le UO Ospedaliere per la prescrizione appropriata delle visite di controllo e definizione dei percorsi aziendali. Decalogo di presa in carico	Riduzione del n° di prestazioni riabilitative (2,6/Assistito pesato nel 2011)	SI	Progetto ARPA Potenziamento della Distribuzione Diretta Ottimizzazione della DPC Accordo DPC farmaci ADIMED Attivazione del farmacista di reparto	Segnalazione pazienti dimessi di ospedali extra ULSS – Attivazione DD presso MdGI Cavarzere Condivisione e aggiornamento elenchi farmaci erogabili in DD/DPC

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
14	Gestione Integrata del Diabete Mellito	Gestione avviata dal giugno 2010 – deliberazione Aziendale n. 153/2010	Prevenzione patologie fumo correlate	Counselling breve per tabagismo
	Progetto Aziendale Cure Palliative	Piano Aziendale Cure Palliative domiciliari 2012 (in corso di deliberazione)	Partecipazione incontri obbligatori di formazione	5 eventi ECM/anno obiettivi aziendali
	Progetto Codici Bianchi fase 2	Riduzione accessi al Pronto Soccorso	Partecipazione campagna antiinfluenzale	Effettuazione vaccinazioni
	Progetto ARPA ULSS 14	Appropriatezza prescrittiva aumento utilizzo farmaci a brevetto scaduto	Collaborazione campagne screening	Counselling e pulizia liste
	Progetto Specialistica (quota B)	Attività per aumento dell'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale	Collaborazione a distribuzione diretta farmaci	Segnalazione utenti dimessi da altre Aziende

AZIENDA ULSS 15 ALTA PADOVANA

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^ 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	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

Infomatizzazione

N. MAP	IMPORTO
177	361.540,71

15 ALTA PADOVANA pop. 254.752	1-SUD-EST pop. 133.562
	2-NORD-OVEST pop. 121.190

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	2.784	1,11%	2.797	1,11%	2.618	1,03%	0,93%
01-04 anni	10.836	4,33%	10.987	4,35%	11.103	4,36%	3,89%
05-14 anni	25.774	10,30%	26.092	10,32%	26.408	10,37%	9,39%
15-24 anni	25.566	10,21%	25.681	10,16%	25.666	10,07%	9,24%
25-44 anni	81.034	32,37%	79.892	31,60%	78.740	30,91%	28,99%
45-64 anni	62.538	24,98%	64.694	25,59%	67.061	26,32%	27,65%
65-74 anni	22.417	8,96%	22.692	8,98%	22.626	8,88%	10,15%
75 anni e oltre	19.377	7,74%	19.962	7,90%	20.530	8,06%	9,75%
Totale	250.326	100,00%	252.797	100,00%	254.752	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		48,00%	48,47%	48,57%	50,72%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,06	1,07	1,08	1,4	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 173 al 29.2.2012

AFT= 6

PADOVA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG	ASSISTITI
15 ALTA PADOVANA pop. 254.752	1-SUD-EST pop. 133.562	3	AFT n. 1 Vigodarzere, Villa del Conte, S.Giustina, S.Giorgio delle Pertiche	26	35.727
			AFT 2 Vigonza, Campodarsego, Villanova, Borgoricco	35	50.500
			AFT n. 3 Camposampiero, Trebaleghe, Loreggia, Massanzago, Piombino Dese	31	47.569
	2-NORD-OVEST pop. 121.190	3	AFT 1 Piazzola, Villafranca, Campodoro, Curtarolo, Campo San Martino, S.Giorgio in Bosco	27	43.078
			AFT 2 Carmignano di Brenta, Gazzo, Grantorto, San Pietro in Gù, Fontaniva	18	29.470
			AFT 3 Cittadella, Tombolo, S.Martino di Lupari, Galliera	36	48.600

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.357.178,36 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	23	16.165	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	57	73.941	ASSOCIAZIONE		
RETE	33	46.576	RETE		
GRUPPO	39	49.601	GRUPPO	73	95.582
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	72	91.784
UTAP	24	30.211	UTAP	28	35.592
TOTALE COMPLESSIVO	176	216.494	TOTALE COMPLESSIVO	173	222.958

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
15	141,49	4,40	€. 152

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
15	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio. Implementazione Ospedale di Comunità	Tasso di ospedalizzazione = < 140 per 1000	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio	4 prestazioni /abitante	SI	Obiettivi definiti nei contratti di esercizio	= < euro 140/abitante

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
15	Diabete mellito	Progetto Aziendale	TAO	Progetto Aziendale
	Assistenza paziente cronico	Progetto Aziendale	BPCO	Progetto Aziendale

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". 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

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	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
330	674.058,94

16 PADOVA pop. 486.930	D. 1 di Padova pop. 114.716
	D. 2 di Padova pop. 94.571
	D. 3 di Padova pop. 98.505
	D. 4 Selvazzano - Rubano pop. 76.885
	D. 5 Abano Terme pop. 36.913
	D. 6 Piove di Sacco pop. 65.340

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	3.876	0,93%	4.590	0,94%	4.505	0,92%	0,93%
01-04 anni	15.325	3,67%	18.119	3,72%	18.436	3,75%	3,89%
05-14 anni	35.983	8,61%	42.710	8,77%	43.327	8,82%	9,39%
15-24 anni	36.044	8,62%	42.396	8,71%	42.871	8,73%	9,24%
25-44 anni	125.489	30,01%	144.138	29,60%	141.869	28,88%	28,99%
45-64 anni	114.446	27,37%	134.962	27,72%	138.955	28,29%	27,65%
65-74 anni	45.997	11,00%	52.446	10,77%	51.957	10,58%	10,15%
75 anni e oltre	40.966	9,80%	47.601	9,78%	49.341	10,04%	9,75%
Totale	418.126	100,00%	486.962	100,00%	491.261	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia 2011	Regione 2011
Indice di Dipendenza	51,51%	51,47%	51,77%	50,72%	51,79%
Indice di Vecchiaia	1,58	1,53	1,53	1,4	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 322 al 29.2.2012

AFT=15

L'individuazione delle AFT è avvenuta considerando:

- I criteri di riferimento esplicitati nella DGRV n. 1666/11
- L'attuale distribuzione dei MAP in MdG e in Rete
- L'attuale distribuzione dei MAP in Gruppi Territoriali Omogenei (GTO) presenti in 5 Distretti su 6
- Le richieste pendenti di passaggio a gruppo o a rete da parte di alcuni MAP
- Il rispetto per l'ambito distrettuale e per l'ambito di scelta del medico all'interno di ogni singola AFT

PADOVA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG	ASSISTITI
16 PADOVA pop. 486.930	D.1 di Padova pop. 114.716	3	Zona Ovest, Zona Centrale e Zona Est del DSS 1	28	39.166
			Padova Est, Noventa Padovana, Saonara	27	38.426
			GTO 4	24	25.055
	D.2 di Padova pop. 94.571	3	GTO 1	20	27.552
			GTO 2	22	28.957
			GTO 3	24	31.778
	D.3 di Padova pop. 98.505	3	GTO 1	20	23.349
			GTO 2	15	21.073
			GTO 3	24	35.942
	D.4 Selvazzano - Rubano pop.76.885	3	GTO 1	12	17.132
			GTO 2	21	25.356
			GTO 3	17	21.874
	D.5 Abano Terme pop. 36.913	1	GTO	23	32.618
	D.6 Piove di Sacco pop. 65.340	2	AFT 1 = Legnaro, Polverara e S.Angelo di Piove	13	16.964
AFT 2= Piove di Sacco, Brugine, Codevigo, Arzergrande, Corezzola, Pontelongo			33	40.302	

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.826.733,70 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	60	57.641	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	131	172.766	ASSOCIAZIONE		
RETE	48	67.721	RETE	192	246.598
GRUPPO	84	117.351	GRUPPO		
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO	127	163.068
UTAP			ETAP	3	4.526
TOTALE COMPLESSIVO	323	415.479	TOTALE COMPLESSIVO	322	414.192

APPROPRIATEZZA DGR 314072010 e DGR 2369/2011			
A.ULSS	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
16	146,71	6,88	€. 144

APPROPRIATEZZA									
A.ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
16	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Consulto MAP alla dimissione del paziente fragile - Promozione UVMD alla dimissione - Potenziamento dei percorsi territoriali e ospedale – territorio (Progetto Anziano) - Segnalazione delle dimissioni inappropriate - Trasmissione dei dati clinici (Registro di patologia) 	<p>Tasso Ospedalizzazione standardizzato < 140 ricoveri per 1000 abitanti</p> <p>> 80% di soggetti fragili con patologia cronica con accessi ambulatoriali o domiciliari dei MAP nei 15 giorni successivi ad una dimissione dall'ospedale</p> <p>Trasmissione dei dati del registro di patologia cronica</p>	SI	<p>Progetto di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche</p> <p>Diffusione dei Percorsi individuati per l'assistenza integrata nel territorio del paziente diabetico</p>	<p>Contribuire a portare il tasso standardizzato di prestazioni specialistiche esclusa la diagnostica di laboratorio al do sotto delle 4 prestazioni/assistito</p> <p>Attivazione flusso su pazienti diabetici</p>	SI	<p>Patto Aziendale</p> <p>Consegna di report alle AFT a scadenze stabilite</p>	<p>Costo pro-capite standardizzato per l'assistenza farmaceutica convenzionata < 140 €</p>

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
16	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito	Piano per la prevenzione del Diabete nel territorio dell'ULSS 16	Diffusione dei percorsi individuati per l'assistenza integrata nel territorio del paziente diabetico	
	Cure Palliative e Lotta al dolore	Riorganizzazione dei servizi per le Cure Palliative (DDG n. 132 del 16.2.2010 e DDG n. 15 del 20.1.12)		
	Assistenza al paziente cronico	Progetto Anziano (DDG n. 823 del 12.10.2006)		

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
142	290.049,61

17 ESTE pop. 185.379	1-MONSELICE/CONSELVE pop. 100.920
	2-ESTE/MONTAGNANA pop. 84.459

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.622	0,88%	1.694	0,91%	1.602	0,86%	0,93%
01-04 anni	6.465	3,50%	6.535	3,53%	6.626	3,57%	3,89%
05-14 anni	15.964	8,63%	16.083	8,68%	16.194	8,72%	9,39%
15-24 anni	17.382	9,40%	17.458	9,42%	17.214	9,27%	9,24%
25-44 anni	56.350	30,47%	55.362	29,86%	54.110	29,14%	28,99%
45-64 anni	49.542	26,79%	50.435	27,21%	51.673	27,83%	27,65%
65-74 anni	18.952	10,25%	18.873	10,18%	18.965	10,21%	10,15%
75 anni e oltre	18.637	10,08%	18.942	10,22%	19.287	10,39%	9,75%
Totale	184.914	100,00%	185.382	100,00%	185.671	100,00%	100,00%

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 141 al 29.2.2012

AFT= 4

PADOVA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG	ASSISTITI	FORME ASSOCIATIVE PREVISTE
17 ESTE pop. 185.379	1- MONSELICE/CONSELVE pop. 100.920	2	AFT AREA MONSELICENSE	43	53.211	4MdG
			AFT AREA CONSELVANO	33	37.344	3MdG
	2-ESTE/MONTAGNANA pop. 84.459	2	AFT AREA MONTAGNANENSE	25	29.769	3MdG
			AFT AREA ESTENSE	40	44.345	4MdG

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.226.112,07 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	27	22.150	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	28	31.303	ASSOCIAZIONE		
RETE	25	28.789	RETE		
GRUPPO	21	25.586	GRUPPO	68	79.184
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	73	85.485
UTAP	40	52.097	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	141	159.925	TOTALE COMPLESSIVO	141	164.669

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 236972011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
17	137,87	5,66	€ 146

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
17	SI	PTDA	Rispetto degli standard regionali	SI	Piano Attuativo Aziendale ex DGR 863/2011	Rispetto degli standard regionali	SI	Progetto ARPA Distribuzione diretta farmaci Patto Aziendale	Rispetto degli standard di progetto specifico e regionali

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
17	Diabete	Gestione tramite UTAP	Diabete	Monitoraggio e fornitura presidi
	Cure palliative	Istituzione Nucleo Cure Palliative	Oncologico - Palliazione	ADI oncologiche, Dimissioni protette, ADI Palliative
	Prevenzione	Prevenzione Patologie cardiovascolari in UTAP	Prevenzione primaria	Campagne vaccinali
	Paziente cronico	Gestione dei pazienti in TAO in UTAP	Cronico	Dimissioni protette, progetto quadro per BPCO

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)											
<ul style="list-style-type: none"> - 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

Infomatizzazione

N. MAP	IMPORTO
134	273.708,78

18 ROVIGO pop. 175.804	Distretto 1 ROVIGO pop. 85.187
	Distretto 2 BADIA POLESINE pop. 90.617

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.467	0,84%	1.459	0,83%	1.447	0,82%	0,93%
01-04 anni	5.490	3,14%	5.612	3,20%	5.710	3,25%	3,89%
05-14 anni	12.975	7,42%	13.189	7,53%	13.367	7,60%	9,39%
15-24 anni	15.198	8,69%	15.016	8,57%	14.811	8,42%	9,24%
25-44 anni	50.406	28,82%	49.555	28,30%	49.031	27,89%	28,99%
45-64 anni	50.131	28,66%	51.059	29,16%	52.379	29,79%	27,65%
65-74 anni	18.740	10,71%	18.553	10,59%	18.050	10,27%	10,15%
75 anni e oltre	20.494	11,72%	20.686	11,81%	21.009	11,95%	9,75%
Totale	174.901	100,00%	175.129	100,00%	175.804	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		51,12%	51,46%	51,27%	51,16%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,97	1,94	1,9	1,96	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 132 anno 2012

AFT=6

Nella suddivisione del Territorio l'Azienda ha considerato:

- L'esigenza di mantenere unita la città capoluogo
- Le problematiche di viabilità, di estensione territoriale collegata ad una scarsa densità abitativa, al naturale orientamento culturale delle popolazioni e all'ubicazione degli ambulatori, anche periferici, dei Medici di Medicina Generale

ROVIGO		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG	ASSISTITI
18 ROVIGO pop. 175.804	1-Distretto ROVIGO pop. 90.617	3	AFT Rovigo Centro	40	45.442
			AFT Rovigo Est	15	16.619
			AFT Rovigo Sud	15	18.478
	2-Distretto BADIA POLESINE pop. 85.187	3	AFT Eridano Ovest	17	18.854
			AFT Eridano Est	17	25.209
			AFT Adige	28	31.659

La scelta operata da questa Azienda e specificata nelle 6 AFT prevede l'implementazione delle Medicine di Gruppo, in Rete e Medicine di Gruppo Integrate, prevedendo il progressivo passaggio dei MAP attualmente operanti in forma Singole e in Associazione, il mantenimento delle UTAP attive e il collegamento delle forme associative scelte agli esistenti Punti Sanità a salvaguardia dell'operatività già in atto con il Centro Chiamata della Continuità Assistenziale, l'Ospedale di Trecenta (AFT Eridano Ovest) e con la Pediatria di Gruppo (AFT Adige, UTAP "Medici Più"). Inoltre viene previsto che 20 MAP siano in Rete con le Medicine di Gruppo e le Medicine di Gruppo Integrate attive nelle diverse AFT

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.299.557,7 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	26	21.561	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	61	79.313	ASSOCIAZIONE		
RETE	0	0	RETE	20	23.774
GRUPPO	27	33.375	GRUPPO	44	47.131
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO	51	62.551
UTAP	18	19.047	UTAP	17	19.022
TOTALE COMPLESSIVO	132	153.296	TOTALE COMPLESSIVO	132	152.478

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
18	145,35	6,62	€. 154

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
18*	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di Gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS	SI	Contratto d'esercizio delle Medicine di Gruppo e delle UTAP	Conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Individuazione	Specificazione
18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promuovere stili di vita sani nella popolazione adulta (alimentazione, attività fisica, cessazione del fumo, consumo di alcool), anche attraverso specifiche forme di counselling; 2. Consolidare i programmi di vaccinazione in età adulta; 3. Consolidare i programmi di screening oncologico (mammella, cervice uterina e colon retto); 4. Gestire la prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare, con particolare attenzione ai pazienti ad alto rischio 5. Definire e applicare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali per il diabete, BPCO, scompenso, TAO, ipertensione, ictus cerebrale, infarto al miocardio, concordati fra professionisti ospedalieri, della specialistica ambulatoriale interna e della medicina generale, comprensivi degli indicatori necessari al loro monitoraggio; 6. Gestire il paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo; 7. Gestire il paziente oncologico terminale, secondo le modalità di presa in carico previste dall'accordo regionale e in forte connessione con le Unità di Cure palliative (UCP) definendone gli indicatori necessari al monitoraggio 8. Sviluppare un sistema di gestione dei dati clinici ed epidemiologici, finalizzato alla gestione integrata (orizzontale e verticale) dei singoli pazienti, allo sviluppo dei PTDA, alla realizzazione di audit clinici e alla misurazione degli esiti sulla salute dei singoli e della comunità 9. Adesione alla raccolta di dati individuali dei propri assistiti, secondo modalità operative delineate dall'Azienda, per la definizione del fascicolo socio-sanitario 			

* vi è inoltre l'Area della gestione diretta delle liste di attesa

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". 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 (€)
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 (7,00 ACN + 3,10 AIR ex DGRV n. 40 del 24/03/2006)	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
57	116.428,36

19 ADRIA pop. 74.672	UNICO pop. 74.672
---	------------------------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	522	0,70%	547	0,73%	555	0,74%	0,93%
01-04 anni	2.054	2,74%	2.086	2,79%	2.103	2,82%	3,89%
05-14 anni	5.473	7,31%	5.451	7,29%	5.464	7,32%	9,39%
15-24 anni	6.732	8,99%	6.591	8,81%	6.439	8,62%	9,24%
25-44 anni	21.721	28,99%	21.138	28,26%	20.651	27,66%	28,99%
45-64 anni	21.381	28,54%	21.844	29,20%	22.391	29,99%	27,65%
65-74 anni	8.588	11,46%	8.402	11,23%	8.069	10,81%	10,15%
75 anni e oltre	8.447	11,27%	8.746	11,69%	9.000	12,05%	9,75%
Totale	74.918	100,00%	74.805	100,00%	74.672	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		50,34%	50,90%	50,91%	51,16%	51,79%
Indice di Vecchiaia		2,12	2,12	2,1	1,96	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP = 53 al 29.2.2012

AFT = 3

ROVIGO		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	ASSISTITI
19 ADRIA pop. 74.672	UNICO pop. 74.672	3	Adria	21.769
			Destra Po	23.488
			Sinistra Po	22.270

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.115.385,4 ANNO 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	5	3.059	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE			ASSOCIAZIONE		
RETE	42	52.356	RETE		
GRUPPO	1	1.215	GRUPPO		
GRUPPO INTEGRATO			GRUPPO INTEGRATO	43	50.920
UTAP	9	11.336	UTAP	10	16.607
TOTALE COMPLESSIVO	57	67.966	TOTALE COMPLESSIVO	53	67.527

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
19	147,19	4,71	€ 152

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
19	SI	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione da parte dell'Azienda di reportistica aggiornata in modo continuo, disponibile attraverso il DW aziendale. - Continuo confronto tra MMG e Azienda Ulss su andamento ricoveri - Potenziamento dell'OBI con disponibilità del MMG ad essere contattato telefonicamente per la comunicazione dei dati nei casi dubbi - Promozione dell'ADI, in particolare il profilo D - Promozione della vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica negli anziani - Promozione del mantenimento a domicilio di pazienti oncologici anche terminali - Particolare attenzione ai ricoveri di pazienti ospitati in case di riposo 	Tasso di ospedalizzazione 140/1000	SI	<ul style="list-style-type: none"> Produzione da parte dell'Azienda di reportistica aggiornata in modo continuo, disponibile attraverso il DW aziendale. Continuo confronto tra MMG e Azienda ULSS su andamento del numero di prestazioni Dialogo con gli specialisti per la definizione di protocolli condivisi finalizzati ad una maggiore appropriatezza 	4 prestazioni/abitate di cui 0,8 in classe Breve	SI	<ul style="list-style-type: none"> Continuo confronto tra MMG e Azienda Ulss su andamento della spesa, sulla base del budget assegnato a ciascun medico, documentato da reportistica prodotta dall'Azienda mensilmente Promozione dell'utilizzo delle molecole generate e a miglior rapporto costo/beneficio 	140 euro/residente

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
19	Diabete	Progetto di integrazione Ospedale-Territorio	Diabete	Progetto di integrazione Ospedale-Territorio
	Cure palliative	Progetto di cui alla L.R. 7/2009	Ipertensione	Progetto epidemiologico che individua i soggetti malati, punta all'estensione della copertura terapeutica, controlla i costi e individua end-point significativi
	Assistenza al paziente cronico	Progetto condotto dal Comitato Ospedale-Territorio, che prevede l'elaborazione dei seguenti PTDA: BPCO, Ipertensione, Scopenso Cardiaco, mal di schiena, Tumore mammella, colon-retto e polmone, prevenzione primaria e secondaria dell'infarto		

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". 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	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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
331	676.101,55

20 VERONA pop. 472.090	1 pop. 128.573
	2 pop. 106.439
	3 pop. 105.775
	4 pop. 131.303

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	4.564	0,97%	4.267	0,90%	4.324	0,91%	0,93%
01-04 anni	18.578	3,95%	18.722	3,96%	18.606	3,92%	3,89%
05-14 anni	43.560	9,25%	43.939	9,30%	44.503	9,39%	9,39%
15-24 anni	44.902	9,54%	45.134	9,55%	45.065	9,50%	9,24%
25-44 anni	141.862	30,13%	139.851	29,59%	136.223	28,73%	28,99%
45-64 anni	121.163	25,73%	123.407	26,11%	127.420	26,87%	27,65%
65-74 anni	48.999	10,41%	49.193	10,41%	48.481	10,23%	10,15%
75 anni e oltre	47.196	10,02%	48.148	10,19%	49.502	10,44%	9,75%
Totale	470.824	100,00%	472.661	100,00%	474.124	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		52,90%	53,27%	53,58%	51,67%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,44	1,45	1,45	1,33	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 310 al 29.2.2012

AFT = 17

VERONA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG
<p align="center">20 VERONA pop. 472.090</p>	<p align="center">1 pop. 128.573</p>	<p align="center">5</p>	Centro B.go Trento	16
			B.go Trento Avesa	17
			Centro B.go Mi	18
			Chievo S. Mass	16
			B.go Nuovo e Mi	18
	<p align="center">2 pop. 106.439</p>	<p align="center">4</p>	S.Giovanni L.	16
			B.go Roma	17
			Golosine S.Lucia	15
			Buttapietra	15
	<p align="center">3 pop. 105.775</p>	<p align="center">4</p>	Montorio B.A.	20
			Lessinia Quinto	15
			Mic. Porto	24
			B.go Venezia	18
	<p align="center">4 pop. 131.303</p>	<p align="center">4</p>	Cologna V.ta	16
			Cologna C. + Treg.	23
			Montecchia C.	16
			S. Bonifacio	20

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.698.421,23 ANNO 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	81	79.435	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	103	141.413	ASSOCIAZIONE		
RETE	4	6.036	RETE		
GRUPPO	119	160.156	GRUPPO	310	412.314
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO		
UTAP	7	9.640	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	314	396.680	TOTALE COMPLESSIVO	310	412.314

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3114072010 e DGR 2369/2011		
	RICOVERI OSPEDALIERI	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	FARMACEUTICA
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
20	155,05	3,81	€ 136

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
20	SI Progetto ARCA Distretto 4 Tavolo congiunto AOUI	Patto Aziendale Percorso Geriatria/Centri Servizi Potenziamento OBI	Riduzione tasso di ospedalizzazione e da 167.6/1000 abitanti Riduzione costo per residente pesato con valore soglia 616 euro	Concertazione con AOUI e erogatori privati accreditati e integrazione CUP Aziendale con CUP AOUI	Patto Aziendale Protocolli condivisi	Riduzione del costo per residente pesato Riduzione prestazioni per residente per raggiungere il valore soglia di 4/abitante	SI	A.R.P.A. – Patto Aziendale A.C.A.D.D. (Accordo sulla Continuità Assistenziale e la distribuzione dei farmaci in area vasta e AOUI) Creazione rete finalizzata per farmaci innovativi ed ad alto costo	Aumento dell'utilizzo farmaci a brevetto scaduto ed aumento dell'appropriatezza prescrittiva nella patologie cardiovascolari e respiratorie Creazione registri per farmaci innovativi ed ad alto costo

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
20	Paziente fragile ed anziano over 75	Valutazione aggiornata della fragilità	Scheda paziente anziano e anziano diabetico	Iniziale patient summary per patologie ICD IX-allergie e terapie
	Paziente oncologico	Attivazione NCP	Percorsi congiunti di gestione palliativistica domiciliare	UVMD con palliativista ed eventuale accesso domiciliare congiunto
	Percorso Diabete Applicazione linee guida per ASMA e BPCO Protocollo Ossigenoterapia	Progetto formativo per MMG su Diabete, Asma e BCPO e O2 terapia	Audit interno nei Team/AFT sull'applicazione delle linee guida elaborate con coinvolgimento delle U.O. di Pneumologia dell'area vasta di Verona	Miglioramento della appropriatezza diagnostica e prescrittiva

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". 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

Informatizzazione

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

N. MAP	IMPORTO
108	220.601,11

21 LEGNAGO pop. 155.587	1 - LEGNAGO pop. 155.587
-------------------------------	-----------------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		Regione %
	n.	%	n.	%	n.	%	
0 anni	1.612	1,05%	1.592	1,03%	1.591	1,02%	0,93%
01-04 anni	6.023	3,92%	6.238	4,03%	6.336	4,07%	3,89%
05-14 anni	13.579	8,84%	13.903	8,99%	14.075	9,05%	9,39%
15-24 anni	14.677	9,56%	14.500	9,37%	14.446	9,28%	9,24%
25-44 anni	47.375	30,86%	46.869	30,30%	46.338	29,78%	28,99%
45-64 anni	40.015	26,06%	41.103	26,57%	42.324	27,20%	27,65%
65-74 anni	15.169	9,88%	15.082	9,75%	14.851	9,55%	10,15%
75 anni e oltre	15.072	9,82%	15.418	9,97%	15.626	10,04%	9,75%
Totale	153.522	100,00%	154.705	100,00%	155.587	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia 2011	Regione 2011
Indice di Dipendenza		50,41%	50,97%	50,90%	51,67%
Indice di Vecchiaia		1,43	1,4	1,39	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP= 105 al 29.2.2012

AFT = 6

VERONA		NUMERO COMPLESSIVO DI AFT	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI MMG
21 LEGNAGO pop. 155.587	1 - LEGNAGO pop. 155.587	6	AFTM 1 LEGNAGO DX	24
			AFT 2 LEGNAGO SX	13
			AFT 3 CERIA	15
			AFT 4 NOGARA	15
			AFT 5 BOVOLONE	25
			AFT 6 ZEVIO	13

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= €.184.733,06 anno 2012

Sviluppo potenziale delle forme associative: situazione di partenza e di arrivo

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	21	18.780	SINGOLO	24*DA TRASFORMARE IN RETE	24020
ASSOCIAZIONE	28	35.561	ASSOCIAZIONE	21* DA TRASFORMARE IN RETE	11944
RETE	6	8.335	RETE	6	8335
GRUPPO	45	61.592	GRUPPO	49	79.848
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO		
UTAP	5	6.308	UTAP	5	6429
TOTALE COMPLESSIVO	105	130.576	TOTALE COMPLESSIVO	105	130.728

A.ULSS	APPROPRIATEZZA DGR 3140/2010 e DGR 236972011		
	RICOVERI OSPEDALIERI Tasso di ospedalizzazione standardizzato Valore soglia 2011= <140,00	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (Tasso standardizzato, esclusa diagnostica di laboratorio) Valore soglia 2011= <4,00	FARMACEUTICA Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite ottenuto sulla base della popolazione pesata Valore soglia 2011 = <147
21	153,41	3,80	€ 141

APPROPRIATEZZA									
A. ULSS	Area dei ricoveri ospedalieri			Area delle prestazioni specialistiche			Area della farmaceutica		
	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi	Progetto SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
21	SI	Attivazione flusso informatico verticale tra MAP e Controllo di Gestione aziendale attraverso Datawarehouse dedicato	Riduzione del tasso di ospedalizzazione come da obiettivi assegnati ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.	SI	Attivazione flusso informatico verticale tra MAP e Controllo di Gestione aziendale attraverso Datawarehouse dedicato	Riduzione del numero delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, come da obiettivi ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.	SI	Progetto ARPA del Patto Aziendale 2010-2012	Riduzione spesa farmaceutica come da obiettivi assegnati ai D.G. con DGR 3140/2010 e s.m.i.

OBIETTIVI DI SALUTE				
A.ULSS	ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI		ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI	
	Specificazione	Descrizione	Specificazione	Descrizione
21	Prevenzione, diagnosi e cura del Diabete Mellito	Progetto Aziendale dell'A.Ulss 21 per la gestione integrata dell'assistenza al paziente con diabete mellito	3. Registro di patologia 4. Prevenzione complicanze acute; prevenzione complicanze croniche; preservazione di una normale qualità e quantità di vita	3. Obiettivi di salute: Dataset clinico epidemiologico paziente diabetico > 75 anni 4. Progetto Aziendale dell'A. Ulss 21 per la gestione integrata dell'assistenza al paziente con diabete mellito
	Cure palliative e lotta al dolore	Progetto Aziendale di sviluppo delle cure palliative	Partecipazione UVMD oncologiche	L'adesione al Patto comporta l'obbligo di partecipare alle UVMD oncologiche
	Prevenzione delle patologie correlate al fumo	Progetto Aziendale "Respirare bene per vivere sani", con coinvolgimento MAP Progetto BPCO	Progetto Asma BPCO	PDTA
	Assistenza al paziente cronico		Il paziente fragile anziano >75 anni	Dataset pazienti over 75 anni

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". 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

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

Informatizzazione

N. MAP	IMPORTO
204	416.690,98

22 BUSSOLENGO pop. 290.494	UNICO pop. 290.494
----------------------------------	-----------------------

Popolazione

Popolazione al 1 Gennaio	2009		2010		2011		
	n.	%	n.	%	n.	%	Regione %
0 anni	3.110	1,09%	2.997	1,04%	2.963	1,02%	0,93%
01-04 anni	12.322	4,34%	12.479	4,34%	12.481	4,30%	3,89%
05-14 anni	28.906	10,17%	29.393	10,22%	29.711	10,23%	9,39%
15-24 anni	27.215	9,58%	27.449	9,55%	27.636	9,51%	9,24%
25-44 anni	91.524	32,21%	90.689	31,54%	89.706	30,88%	28,99%
45-64 anni	72.146	25,39%	74.739	25,99%	77.543	26,69%	27,65%
65-74 anni	26.616	9,37%	26.925	9,36%	26.800	9,23%	10,15%
75 anni e oltre	22.292	7,85%	22.864	7,95%	23.654	8,14%	9,75%
Totale	284.131	100,00%	287.535	100,00%	290.494	100,00%	100,00%

Indicatore	2009	2010	2011	Provincia	Regione	
				2011	2011	
Indice di Dipendenza		48,85%	49,08%	49,06%	51,67%	51,79%
Indice di Vecchiaia		1,1	1,11	1,12	1,33	1,4

PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Numero complessivo di MAP=

AFT =

FINANZIAMENTO PRE-DETERMINATO= € 383.092,85 anno 2012

SITUAZIONE DI PARTENZA AL 31.12.2011			SITUAZIONE DI ARRIVO AL 31.12.2013		
FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti	FORMA ASSOCIATIVA	Tot MAP	Tot Assistiti
SINGOLO	42	29.529	SINGOLO		
ASSOCIAZIONE	78	98.804	ASSOCIAZIONE		
RETE	0	0	RETE		
GRUPPO	72	101.978	GRUPPO		
GRUPPO INTEGRATO	0	0	GRUPPO INTEGRATO		
UTAP	10	11.280	UTAP		
TOTALE COMPLESSIVO	202	241.591	TOTALE COMPLESSIVO		

ALLEGATO



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

ESTRATTO

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

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.

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 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)

SCHEMA REGIONALE PER LA DECLINAZIONE DI UN MODELLO SPERIMENTALE DI MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA

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 interessato⁸: 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 ⁹	n° _____
èquipe infermieristica ADI "territorializzata"	n° _____ (op. eq.)
personale infermieristico dedicato ¹⁰	n° _____ (op. eq.)
personale amministrativo dedicato ¹¹	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)

⁸ Il bacino di utenza va calcolato come il totale degli assistiti in carico ai Medici/Pediatri di famiglia che partecipano al progetto.

⁹ La presenza andrà correlata ai processi assistenziali prescelti.

¹⁰ 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).

¹¹ 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 giornaliere¹² 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 croniche¹³ (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 _____					

¹² La presenza oraria dovrà essere calcolata sulla base del vigente ACR e sul numero effettivo di Medici di famiglia coinvolti nel progetto.

¹³ 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, svolta¹⁴:

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:

- l'informatizzazione del fascicolo clinico del paziente;

¹⁴ Per servizio di segreteria "esterno" si intende l'affidamento ad un call center o a personale esterno alla sede.

- 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
Congruietà 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 susposti 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

APPENDICE

Elenco dei provvedimenti regionali
riguardanti il modello di riferimento
per l'Assistenza Primaria

**ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI PER LA MEDICINA CONVENZIONATA
QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009**

FASI ATTUATIVE

RICONOSCIMENTO ECONOMICO

Decreto n. 24 del 18/01/2011
Accordi Collettivi Nazionali (AACCNN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, medici specialisti pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della L. n. 833/1978 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Applicazione nuovo trattamento economico: biennio 2008/2009.

Decreto n. 40 dell'8/02/2011
Decreto n. 24 del 18/01/2011: *“Accordi Collettivi Nazionali (AACCNN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, medici specialisti pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della L. n. 833/1978 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Applicazione nuovo trattamento economico: biennio 2008/2009.”* Sostituzione Allegato A).

Decreto n. 144 del 7/06/2011
Decreto n. 40 del 08/02/2011: *“Accordi Collettivi Nazionali (AACCNN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, medici specialisti pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della L. n. 833/1978 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Applicazione nuovo trattamento economico: biennio 2008/2009. Sostituzione Allegato A)”*.

Aggiornamento documento economico.

NEGOZIAZIONE

DGR n. 251 del 15/03/2011
Accordi Collettivi Nazionali (AACCNN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, medici pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 e dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. – Attività preliminari alla contrattazione di secondo e terzo livello prevista dai vigenti AACCNN.

DGR n. 2083 del 7/12/2011
Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. – Art. 24 “Comitato Regionale”. Costituzione

DGR n. 2084 del 7/12/2011 Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 15 dicembre 2005 e s.m.i. – Art. 24 “Comitato Regionale”. Costituzione

DGR n. 2085 del 7/12/2011 Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. – Art. 25 “Comitato Consultivo Regionale”. Costituzione.

GOVERNO REGIONALE SULLE CURE PRIMARIE

DGR n. 41 del 18/01/2011 Attuazione degli AACCN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi.

Nota 93932 del 24/02/2011 *Nota sulle modalità di attuazione degli AA.CC.NN. Medicina Convenzionata 2009/2010. DGR n. 41 del 18/01/2011.*

Decreto n. 2 del 31/01/2011 del Segretario regionale alla Sanità Commissione Regionale Cure Primarie. DGR n. 41 del 18/01/2011. Costituzione

Decreto n. 132 del 4/11/2011 del Segretario regionale alla Sanità Governo regionale sulle cure primarie. Costituzione gruppo di riferimento DGR n. 1666 del 18/10/2011:

INDIRIZZI

DGR n. 1666 del 18/10/2011 Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – medicina generale.

Nota n. 36879 del 25/1/2012 *La nuova programmazione socio-sanitaria attraverso le Cure Primarie. DGR n. 41 e DGR n. 1666 del 2011 con allegato “Manuale operativo – Assistenza Territoriale tramite le Cure Primarie”*

DGR n. 2338 del 29/12/2011 Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – specialistica ambulatoriale interna.

Nota 77690 del 16/02/2012 *Specialistica ambulatoriale interna: attuazione DGR n. 2338 del 29/12/2011.*

DGR n. 321 del 27/03/2012 Attuazione degli AACCN 2009/2010 per la Pediatria di Libera Scelta.

INFORMATIZZAZIONE

DGR n. 2258 del 20/12/2011 Informatizzazione dell'Assistenza territoriale: Medicina Generale. DD.G.R. n. 3494 del 2009, n. 41 e n. 1666 del 2011.

Nota 98132 del 28/2/2012 *Attuazione DGR n. 2258 del 20/12/2011.*

Nota 153282 del 30/03/2012 *Attuazione DGR n. 2258 del 20/12/2011.*

FORMAZIONE SPECIFICA E CONTINUA

DGR n. 2091 del 7/12/2011 Settimo corso triennale di formazione specifica in medicina generale di cui alla DGR n. 255 del 15/03/2011. Triennio 2012/2014. Individuazione delle sedi e attivazione dei poli didattici formativi (D.Lgs. N. 365/1999 e s.m.i.).

DGR n. 2215 del 20/12/2011 Programma regionale d'educazione continua in medicina (ECM) anno 2011. Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei provider regionali. Piano regionale della formazione. Impegno di spesa.

DGR n. 2347 del 29/12/2011 Programmazione regionale dell'attività di formazione obbligatoria rivolta ai medici della medicina convenzionata. Attività 2011.

AZIONI DI SUPPORTO

DGR n. 2556 del 29/12/2011 DM della salute del 28/10/2010 recante: "Ripartizione del fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, per l'anno 2008", in attuazione della L. 27/12/2006, n. 296, art. 1, commi 805, 806, 807. Progetto regionale approvato: "Casa della salute. Sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio." Impegno di spesa.