

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. DEL

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Patrizia Benini, nominato con D.P.G.R.V. n. 19 del 26/02/2024, coadiuvato dai Direttori:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| - dott. Flavia Dal Bosco | Direttore Amministrativo |
| - dott. Denise Signorelli | Direttore Sanitario |
| - dott. Felice Alfonso Nava | Direttore dei Servizi Socio-Sanitari |

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

PATTO AZIENDALE PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2025

Note per la trasparenza: Con il presente provvedimento si approva il Patto aziendale per i Medici di assistenza primaria anno 2025 sottoscritto in data 16.4.2025.

Il Direttore di UOC Direzione Amministrativa Territoriale

f.f. Dott. Alessandro Ferronato, giusta deliberazione di incarico n. 555 del 29.05.2024, sentito il Responsabile UOS Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli, riferisce quanto segue:

Premesso che con deliberazione 11.4.2024 n. 381 si era dato atto della proroga d'ufficio per l'anno 2024 del Patto Aziendale con i Medici di assistenza primaria 2019/2021;

Tenuto conto che a seguito degli incontri tra i rappresentanti aziendali ed i rappresentanti delle OO.SS. di categoria, è stata formulata e condivisa la nuova ipotesi di Patto Aziendale per i Medici di assistenza primaria anno 2025 allo scopo di garantire l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza erogata attraverso il raggiungimento di obiettivi aziendali condivisi;

Preso atto che i componenti del Comitato aziendale per la Medicina Generale nella riunione del 16.4.2025 hanno approvato e sottoscritto il Patto Aziendale per i Medici di assistenza primaria anno 2025;

Dato atto altresì che, come previsto dal predetto Patto Aziendale, ad ogni Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta aderente all'Accordo medesimo viene corrisposta una quota a titolo di acconto, pari al 40% delle quote A) e B), per lo svolgimento delle attività previste nel Patto stesso;

Ritenuto opportuno:

- dare atto dell'approvazione del Patto Aziendale per i Medici di assistenza primaria anno 2025 sottoscritto in data 16.4.2025 dai rappresentanti aziendali e dalle OO.SS. della Medicina Generale che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrale e sostanziale;
- incaricare i Direttori delle UU.OO.CC. Cure Primarie dei Distretti n. 1-2, 3 e 4 di provvedere alla sottoscrizione del relativo contratto per l'anno 2025 con i Medici aderenti nonché di verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Patto succitato;
- incaricare l'UOS Medicina Convenzionata, Privati accreditati e controlli di provvedere alla corresponsione ai Medici sottoscrittori del contratto per il periodo 1.1.2025/31.12.2025 dell'acconto previsto, come specificato in premessa;
- dare atto che il costo presunto per l'esecuzione del presente provvedimento pari ad € 3.730.000,00 (comprensivo della contribuzione ENPAM) è stato inserito nella proposta di Bilancio Economico Preventivo anno 2025, e che la disponibilità ad ordinare viene registrata al corrispondente conto n. BA0430A;

Propone l'adozione del conseguente provvedimento sottoriportato

IL DIRETTORE GENERALE

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Ferronato

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria del provvedimento anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e nazionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazioni aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario nonché del Direttore dei Servizi Socio-sanitari, per quanto di competenza,

DELIBERA

- di dare atto dell'approvazione del Patto Aziendale per i Medici di assistenza primaria anno 2025 sottoscritto in data 16.4.2025 dai rappresentanti aziendali e delle OO.SS. della Medicina Generale, che allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrale e sostanziale;
- di incaricare i Direttori delle UU.OO.CC. Cure Primarie dei Distretti n. 1-2, 3 e 4 di provvedere alla sottoscrizione del relativo contratto per l'anno 2025 con i Medici aderenti nonché di verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Patto succitato;
- di incaricare l'UOS Medicina Convenzionata, Privati accreditati e controlli di provvedere alla corresponsione ai Medici sottoscrittori del contratto per il periodo 1.1.2025/31.12.2025 dell'acconto previsto, come specificato in premessa;
- di dare atto che il costo presunto per l'esecuzione del presente provvedimento pari ad € 3.730.000,00 (comprensivo della contribuzione ENPAM) e è stato inserito nella proposta di Bilancio Economico Preventivo anno 2025, e che la disponibilità ad ordinare viene registrata al corrispondente conto n. BA0430A.

Il Direttore Sanitario
dott. Denise Signorelli

Il Direttore Amministrativo
dott. Flavia Dal Bosco

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Felice Alfonso Nava

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Patrizia Benini

MEDICINA GENERALE – PATTO AZIENDALE CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA 2025

PREMESSA

Il presente patto ha validità giuridica ed economica dal 1 gennaio 2025 al 31 dicembre 2025. In considerazione dell'entrata in vigore del presente patto, dal 1 maggio 2025, si stabilisce che la valutazione degli obiettivi non inclusi nel precedente accordo sarà effettuata sulla base dei dati raccolti dal 1 maggio 2025 al 31 dicembre 2025. L'indicatore di attività risultante, verrà utilizzato per il riconoscimento del compenso economico per l'intero anno 2025, tenuto conto del periodo di adesione effettivamente lavorato. Tale valutazione si giustifica dal momento che il raggiungimento dell'obiettivo negli otto mesi di durata del patto, sottintendono il raggiungimento dell'obiettivo anche nei mesi precedenti. Si precisa che non si necessita di ulteriori parametrizzazioni, essendo il calcolo degli obiettivi basato su percentuali che sono indipendenti dalla variabile tempo-durata del patto, anche per periodi inferiori all'anno.

In particolare, per quanto riguarda l'obiettivo relativo al diabete ed alla spesa pro capite, già presente nel precedente patto, la valutazione sarà condotta utilizzando i dati disponibili dal 1 gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, escluso per i medici che aderiranno per la prima volta al patto.

In merito agli incontri di AFT, si accorda che tutti (fino ad un massimo di 2) gli incontri già eseguiti o programmati entro il primo semestre del 2025 saranno conteggiati ai fini del raggiungimento dell'obiettivo anche se di argomenti differenti a quelli stabiliti nel presente patto.

Inoltre si specifica che nel caso di adesione al patto successiva al 1 giugno 2025, il raggiungimento degli obiettivi per l'anno di adesione verrà valutato sulla base dei dati raccolti relativi agli obiettivi del patto dell'intero anno successivo, e parametrato al numero di mensilità lavorate in adesione al patto. Tale valutazione si giustifica dal momento che il raggiungimento degli obiettivi del patto in un anno intero, sottintendono il raggiungimento degli stessi nei mesi precedenti.

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

- Appropriately prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica;
- Riduzione o contenimento della spesa farmaceutica pro-capite;
- Presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative promuovendo l'integrazione ospedale-territorio

REQUISITI PER L'ADESIONE AL PATTO AZIENDALE

L'adesione ai principi ed ai contenuti del presente patto aziendale non costituisce un mero atto burocratico ma la conferma, da parte dei MAP a ciclo di scelta, di una precisa volontà di collaborazione con l'Azienda ULSS 9 Scaligera e con gli altri MAP a ciclo di scelta, entrambi orientati a precisi obiettivi di salute della collettività e di costante miglioramento quali-quantitativo dell'offerta assistenziale delle Cure Primarie.

In particolare tra i compiti che il MAP è tenuto ad assolvere si ricordano:

- Partecipare alle UVMD di qualsiasi tipo (malati fragili, oncologici, disabili, ecc.) siano esse richieste dallo stesso MAP che dai soggetti aventi diritto secondo modalità organizzative concordate tra le parti;
- Compilare le schede valutative previste dalla Regione Veneto (SVAMA, SVAMDI, VMDS, bisogni assistenziali per ADI, etc.) per le parti di propria competenza;
- Partecipare attivamente alla presa in carico del paziente in dimissione protetta (che dovrà essere predisposta nelle adeguate tempistiche) secondo le procedure previste dagli accordi regionali e aziendali;
- Favorire le campagne di vaccinazione proposte a livello regionale;
- Favorire le campagne di screening proposte a livello regionale;
- Collaborare alla promozione di corretti stili di vita sani (esercizio fisico, alimentazione, fumo, assunzione sostanze e bevande alcoliche, ecc.)
- Segnalare puntualmente e tempestivamente le eventuali reazioni avverse ai farmaci, anche attraverso l'invio telematico, collegandosi alla piattaforma AIFA tramite il link <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/segnalazione/sanitario>.

Gli impegni previsti ai punti precedenti costituiscono condizioni ed attività indispensabili per l'adesione al presente Patto.

LINEE DI INDIRIZZO

Queste le linee di indirizzo:

- Aderire ai progetti aziendali/regionali di appropriatezza della farmaceutica;
- Aderire ai progetti aziendali condivisi centrati sull'appropriatezza prescrittiva di prestazioni specialistiche;
- Garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, favorendo la collaborazione tra i professionisti delle diverse aree (integrazione ospedale-territorio).

L'Azienda ULSS 9 si impegna a promuovere l'informatizzazione delle attività riguardanti la compilazione delle schede valutative previste dalla Regione Veneto (SVAMA, SVAMDI, VMDS, bisogni assistenziali per ADI, etc.) per l'accesso all'assistenza territoriale e la presa in carico dei bisogni assistenziali dei pazienti, nell'ottica dell'implementazione dell'utilizzo della tecnologia in funzione di de burocratizzazione e di facilitazione del lavoro del medico di medicina generale; si impegna altresì, prima di attivare i suddetti sistemi informatici, a predisporre uno studio pilota per testare e ridefinire per le parti personalizzabili la piattaforma informatica che verrà proposta, possibilmente in modalità di cooperazione applicativa.

In merito ai sistemi informatici in uso attuale e futuro, si accorda di stabilire un tavolo di confronto trimestrale sulle problematiche riscontrate, con la definizione ed attuazione periodica di possibili interventi di miglioramento sino a giungere possibilmente alla cooperazione applicativa con i più diffusi gestionali dei MMG.

Se ciò non avverrà, ai medici sarà di fatto consentito utilizzare gli strumenti cartacei, che saranno accettati a livello dei servizi distrettuali.

Inoltre l'Azienda si impegna, anche mediante obiettivi di budget, a coinvolgere i propri medici dipendenti affinché venga garantita la presa in carico dei pazienti da parte degli stessi, mediante la prescrizione e prenotazione dei controlli, come previsto nel "Piano Attuativo Aziendale" come da deliberazione del direttore generale numero 373 del 25/03/25, e concordemente ai documenti condivisi a livello dell'Unità Interaziendale di Gestione delle Liste di attesa istituita con Deliberazione del direttore Generale n° 214 del 20.02.2025 e in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Verona riguardo al miglioramento dei rapporti fra sanità territoriale, specialistica ambulatoriale e ospedaliera.

Ai sensi dell'AIR approvato con DGRV n 4395 del 30.12.2005 e fatte salve eventuali nuove indicazioni regionali, l'adesione al patto aziendale comporta l'attribuzione della quota prevista per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al Governo Clinico.

Tale quota non verrà erogata al Medico che non sottoscrive il presente Patto ed il relativo contratto annuale.

Il compenso è erogato in dodicesimi e le quote non corrisposte vengono ripartite fra i Medici aderenti.

In conformità, sempre a quanto stabilito dalla DGRV n 4395 del 30.12.2005 il valore complessivo di 4,45 /assistito costituisce il budget economico per il finanziamento del presente contratto per le quote A) e B). La quota A, pari a € 3,10 ad assistito, dovrà essere destinata ad obiettivi di governance; la quota B, pari a € 1,35 ad assistito, dovrà essere destinata ad altri obiettivi ritenuti rilevanti per l'Azienda.

Qualsiasi aggiornamento delle quote economiche che dovesse intervenire sarà recepito e riapplicato automaticamente nel patto vigente, oltre che in accordo con le normative nazionale e regionale vigenti.

Gli indicatori saranno valutati, a partire dai dati delle verifiche effettuate dai competenti uffici aziendali, previo confronto dello specifico gruppo tecnico di lavoro paritetico previa fornitura dei report alle OO.SS. con congruo anticipo.

Per gli anni successivi al 2025, il valore degli indicatori degli obiettivi relativi alla quota A e B del presente patto saranno ridefiniti tra Azienda Ulss 9 Scaligera e OO.SS. entro 30 giorni dalla comunicazione da parte della Regione degli obiettivi assegnati alle Aziende, anche alla luce delle indicazioni regionali, dei risultati conseguiti negli anni precedenti e di oggettive difficoltà evidenziate da parte delle parti contraenti.

Quota A (€ 3,10 per assistito)

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

1. FARMACEUTICA (1,20€)

Si riportano di seguito gli indicatori che compongono l'obiettivo per la farmaceutica e che verranno valutati singolarmente per ciascun MMG aderente al patto.

Area	Obiettivo	Indicatore			
		Numeratore	Denominatore	Obiettivo	Incentivo
Spesa farmaceutica	Costo farmaceutica pro capite	Spesa netta farmaceutica convenzionata (nota A)	Totale assistibili pesati	Tetto assegnato dalla Regione per gli obiettivi dei Direttori Generali (nota B)	0,20 €

PPI (A02BC)	Riduzione della spesa per PPI rispetto all'anno precedente, incluso svezamento con conseguente riduzione del numero di assistiti in trattamento con PPI $\geq 10\%$	Riduzione spesa: (spesa farmaceutica netta periodo di analisi - spesa farmaceutica netta anno precedente) * 100 Prevalenza d'uso: Numero assistiti con prescrizione di PPI	Riduzione spesa: spesa farmaceutica netta anno precedente Prevalenza d'uso: Numero assistibili	Prevalenza d'uso $\leq 10\%$ o Riduzione della spesa $\geq 20\%$ rispetto anno precedente (nota b)	0,20 €
Levotiroxina sodica (H03AA01)	Aumento consumi di levotiroxina sodica nella formulazione a minor costo	Consumi (DDD) di levotiroxina sodica nella formulazione a minor costo (cpr)	Consumi (DDD) levotiroxina sodica	l'obiettivo è considerato soddisfacente al raggiungimento di un valore compreso tra 82% e 90%	0,10 €
Colecalciferolo (A11CC5)	Aumento consumi di colecalciferolo nella formulazione a minor costo	Consumi (DDD) confezionamento a minor costo (flacone multidose e cpr/cps)	Consumi (DDD) colecalciferolo	$\geq 90\%$	0,20 €
Antibiotici (J01)	Riduzione consumo di antibiotici	Consumi (DDD) di antibiotici X 1000	Popolazione assistibile X giorni periodo di riferimento	$< 9,8$ DDD 1.000 assistibili die o riduzione $\geq 4\%$ rispetto anno precedente (nota B)	0,10 €
	Aumento consumo antibiotici Access	Consumi (in DDD) di antibiotici Access	Consumi (DDD) antibiotici	$\geq 60\%$	0,20 €
Deprescribing nei pazienti	Riduzione dei pazienti con età ≥ 80 anni in terapia con statine in prevenzione primaria*	Numero pazienti ≥ 80 anni con prescrizione di statine in prevenzione primaria a cui è stata sospesa la statina	Numero pazienti ≥ 80 anni con prescrizione di statine in prevenzione primaria (nota C)	riduzione $\geq 50\%$ dei trattati in prevenzione primaria rispetto l'anno precedente (nota B)	0,20 €

Nota A: La spesa farmaceutica convenzionata pro-capite viene calcolata considerando tutte le prescrizioni che sono fatte agli assistiti di ciascun medico di medicina generale.

Nota B: indicatori da ridefinire annualmente in caso di proroga del patto.

Nota C: a ciascun MMG verrà fornito l'elenco dei suoi pazienti con età ≥ 80 in trattamento con statine in prevenzione primaria. Una volta ricevuto l'elenco, il medico di medicina generale validerà la lista dei suoi pazienti togliendo eventuali assistiti deceduti o in terapia con statina per ostruzione dei dotti sovraortici/diabetici e lo invierà all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale. Tale elenco costituirà la coorte (denominatore dell'obiettivo) alla quale interrompere il trattamento con statina. In caso, dopo la pulizia delle liste non risultassero pazienti assistiti dal medico con le caratteristiche di cui sopra (over 80 in terapia con statine in prevenzione primaria) l'obiettivo sarà considerato direttamente raggiunto.

Relativamente all'obiettivo della spesa farmaceutica, si stabilisce la seguente gradazione del riconoscimento dell'incentivo:

Spesa annuale - MMG	Riconoscimento incentivo
---------------------	--------------------------

Rientrano nel tetto	100%
Scostamento entro il 20%	60%
Scostamento oltre il 20%, ma riduzione spesa pro-capite del 10% rispetto anno precedente	30%
MMG che non rientrano nei casi precedenti	Nessun incentivo

In approfondimento all'obiettivo farmaceutica, si riporta in Allegato A:

- Comparazione dei costi dei diversi PPI per i diversi dosaggi
- Schema utilizzato di classificazione degli antibiotici access/watch/reserve utilizzato per il calcolo indicatore
- Riferimento ai numeri di infofarma sul deprescribing e su appropriato utilizzo degli antibiotici.

Si accorda con il servizio farmaceutico che riguardo gli obiettivi oggetto del patto verrà inviato un report trimestrale, il primo entro il 30 giugno 2025, con tempistica da rivalutare negli anni successivi in caso di rinnovo del patto. Tali report dovranno essere inviati alla mail del medico e ai coordinatori dei team/AFT affinché possano essere condivisi e discussi tra pari.

Valore economico raggiungimento obiettivo € 1,20/assistito

Le quote incentivanti verranno calcolate moltiplicando la quota di ciascun obiettivo raggiunto per la media annuale degli assistiti in carico al Medico.

2. PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI DIABETICI DI TIPO 2 (1,20€)

Introduzione all'obiettivo

Con la presa in carico dei pazienti diabetici di tipo 2 da parte del medico di assistenza primaria si intendono perseguire i seguenti obiettivi:

- Incrementare i livelli assistenziali rivolti alla popolazione diabetica di tutta l'ULSS 9 attraverso una diagnosi precoce e un intervento assistenziale attivo da parte del medico curante;
- Migliorare la collaborazione con i CAD (Centro Anti Diabetico) presenti sul territorio della ULSS 9;
- Migliorare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva al fine di ridurre i ricoveri per complicanze e il ricorso alla visita specialistica;

Il MMG rileva i dati clinici individuati nell'Allegato B e li registra nella cartella ambulatoriale per la successiva estrazione e invio all'ULSS.

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

1. L'azienda ULSS fornisce ad ogni MMG l'elenco di tutti i pazienti diabetici noti sulla base dei flussi amministrativi aziendali (esenzioni ticket e terapia);

Criterio di inclusione diabetici: secondo PDTA regionale (DGR 759 del 05.2015 All. A): tutti i pazienti affetti da Diabete tipo 2 anche gli insulino-trattati (limitatamente alla terapia con insulina una somministrazione al di), esclusi i Diabetici tipo 1.

Rimane tuttavia facoltà del medico di medicina generale, la possibilità di escludere dalla presa in carico i pazienti insulino-trattati di cui sopra, che manifestino volontà o che siano di fatto seguiti esclusivamente

Albino

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Ferraro

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 7 di 21

presso il servizio diabetologico. Si ritengono inclusi i pazienti assistiti dal medico di medicina generale nei centri servizi.

2. Il MMG effettua l'eventuale pulizia della lista (decaduti, trasferiti, errori) e registra con codice ICD9CM i pazienti nel suo gestionale (presa in carico), raccogliendo il consenso al trattamento dei dati se concesso dal paziente.

Il numero dei pazienti registrati nel gestionale assume il significato del "potenziale pazienti" (denominatore ai fini dei calcoli per il raggiungimento degli obiettivi). Qualora si presentassero notevoli differenze tra il numero di pazienti individuati dai flussi aziendali rispetto a quanto rilevato dal MMG (discrepanza >20%) si procederà, tramite l'UOC Cure Primarie, ad un'analisi congiunta per analizzare le ragioni dello scostamento e per concordare l'elenco dei potenziali pazienti.

3. I dati da rilevare e registrare per il monitoraggio della patologia, nonché i tempi di registrazione con i relativi punteggi sono riportati nell'Allegato B;

4. L'invio delle liste ai singoli medici sarà effettuato dall'Azienda ULSS entro il 28/02 di ogni anno.

L'ulss garantisce la pulizia della lista sulla base degli anni precedenti tramite semplificazione della revisione delle liste (su portale RCM/altro) dando per presi in carico i pazienti già dichiarati tali nell'anno precedente (mantenendosi la possibilità di modifica).

5. L'incentivazione ad ogni singolo medico viene riconosciuta se invierà, entro la scadenza concordata, un numero di schede debitamente compilate, con un punteggio superiore o pari a 62, non inferiore al 55% del "potenziale pazienti a seguito della pulizia della lista";

6. L'entità dell'incentivo liquidato a ciascun MMG sarà proporzionale al numero di schede completate, per un valore di almeno 62 punti. Il valore dell'incentivo si ricava dividendo la somma complessiva degli incentivi destinati al diabete (€ 1,20 per la media annuale degli assistiti dei medici aderenti al patto) per il numero complessivo di schede correttamente compilate. Vengono escluse le schede, anche se correttamente compilate, dei medici che non raggiungono il 55% del potenziale. Ad ogni medico sarà riconosciuto l'importo ottenuto moltiplicando il valore della singola scheda sopra definito per il numero di schede debitamente compilate (62 punti) e inviate entro la cadenza concordata.

3. PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI DI AFT/TEAM (0,60€)

Nell'ottica di promuovere le attività previste dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), per l'anno 2025 i MMG aderenti al patto sono chiamati a partecipare agli incontri di AFT/TEAM, che verteranno, d'intesa con le Direzioni Distrettuali e le UU.OO.CC. Cure Primarie, sulle seguenti tematiche:

- Due su tematiche preferibilmente correlate a PDTA (Diabete, Bronco-pneumopatie cronico ostruttive, Scompenso Cardiaco)
- Due su argomenti a scelta della AFT/ TEAM su loro autonoma organizzazione

Gli incontri saranno programmati per ogni patologia cronica una volta all'anno, approfondendo modalità di integrazione medici di medicina generale e specialisti ed attuazione di PDTA condivisi.

I referenti di AFT/ TEAM saranno coinvolti nella progettazione a attuazione di tali incontri in collaborazione con gli specialisti operanti nello stesso distretto o in strutture aziendali/ospedaliere limitrofe.

Nell'ottica di promuovere l'integrazione ospedale-territorio, l'Azienda si impegna a far partecipare agli incontri i professionisti aziendali coinvolti nei percorsi di presa in carico specialistica.

L'interlocutore aziendale sarà il direttore del distretto di appartenenza, a cui il referente AFT/team potrà proporre l'argomento correlato ai PDTA, al quale sarà fornito entro 30 giorni il nominativo dello specialista con il quale organizzare l'incontro.

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

L'invio della documentazione deve essere effettuata entro il primo trimestre dell'anno successivo alla validità del patto.

Obiettivo

Strutturazione di incontri tra medici di medicina generale e specialisti.

Indicatore

Partecipazione ad almeno 3 incontri annuali di AFT/ TEAM: pagamento quota intera.

Nel caso in cui l'obiettivo non fosse raggiunto per mancata collaborazione da parte delle componenti aziendale, l'incentivo verrà corrisposto a tutti i medici che hanno aderito al patto.

Valore economico raggiungimento obiettivo

Le quote incentivanti verranno calcolate moltiplicando € 0,60 per la media annuale degli assistiti dei medici sottoscrittori del presente Patto che avranno raggiunto gli obiettivi e divisa in parti uguali tra gli stessi in rapporto alla durata dell'adesione al Patto nell'anno.

4. COORDINATORE AFT/ TEAM (0,10€)

Il riconoscimento dell'incentivo sarà funzione della:

- Collaborazione con le direzioni distrettuali e le UU.OO.CC. Cure Primarie alla definizione e organizzazione degli incontri di cui al punto 3.
- Predisposizione dei verbali degli incontri di AFT riportante in calce la firma in originale dei MMG presenti e segnalando nello stesso i MMG assenti.

Valore economico raggiungimento obiettivo

Le quote incentivanti verranno calcolate moltiplicando € 0,10 per la media annuale degli assistiti di tutti i medici sottoscrittori del presente Patto e divisa in parti uguali tra i Medici coordinatori che hanno raggiunto l'obiettivo in rapporto alla durata dell'incarico nell'anno.

QUOTA B (€ 1,35 per assistito)

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

1. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (1,35€)

1.1 FORMAZIONE (0,65€)

Introduzione all'obiettivo

"L'appropriatezza prescrittiva come modello clinico" persegue l'obiettivo generale di promuovere la cultura dell'appropriatezza prescrittiva tra i clinici nei diversi setting assistenziali, ospedalieri e territoriali. La finalità è, da una parte, migliorare la qualità delle prestazioni fornite all'assistito, diminuendo il fenomeno dell'over treatment e, dall'altra perseguire il contenimento dei costi.

Per il conseguimento di tali finalità sono stati istituiti gruppi di lavoro multi professionali che avranno come obiettivo, per le prestazioni individuate come maggiormente critiche nell'iter di erogazione e prescrizione, la definizione delle soluzioni più idonee. Tali soluzioni dovranno essere diffuse in incontri formativi/informativi da svolgersi con i Medici di Medicina Generale nei diversi distretti aziendali.

Per l'anno 2025 sono state individuate le seguenti tematiche come oggetto dei gruppi di lavoro multi professionali:

- Visita gastroenterologica/prestazioni di endoscopia digestiva
- Visita oculistica
- Visita ortopedica
- Ecocolordoppler
- Prestazioni radiologiche.

Per l'anno 2025 potranno essere istituiti eventuali ulteriori tavoli, qualora dovessero emergere altre tematiche critiche sia per erogazione sia per prescrizione.

Per ciascuna delle tematiche individuate il tavolo di lavoro vedrà la presenza di almeno 2 Medici di Medicina Generale dell'Azienda ULSS 9.

Tali gruppi di lavoro avranno la funzione di:

- Raccolta delle criticità nelle prescrizioni e nell'iter della prenotazione ed effettuazione stessa delle prestazioni oggetto del gruppo di lavoro;
- Individuazione delle soluzioni più idonee alla risoluzione delle criticità;
- Predisposizione di specifiche "Schede di appropriatezza", con le indicazioni condivise dai componenti del gruppo di lavoro;
- Organizzazione di un incontro formativo/informativo rivolto ai MMG e agli specialisti interessati, per la condivisione e diffusione delle soluzioni trovate.

Incontro formativo/informativo

Gli incontri formativi/informativi saranno svolti in 2 sessioni annuali (comprehensive di tutti gli argomenti di cui sopra) e proposti in 3 edizioni (una per ciascun Distretto, considerando insieme il Distretto 1 e 2). Gli incontri saranno orientativamente di 4 ore.

Al fine di favorire la partecipazione, il MMG potrà prendere parte agli incontri anche in distretti diversi da quello di appartenenza.

Nel giorno dell'incontro formativo/informativo, verrà predisposto per il territorio di riferimento in cui si svolge l'incontro il servizio di continuità assistenziale.
Il calendario degli incontri verrà fornito entro il 31 gennaio dell'anno a cui essi si riferiscono, e per il 2025 almeno 2 mesi prima della data dell'incontro.

Obiettivo

Partecipazione ad entrambi gli incontri in presenza, (della durata di circa 4 ore ciascuno con attivazione del servizio di continuità assistenziale in giornata feriale) organizzati dai Gruppi di lavoro.

Indicatori

- Partecipazione a due incontri all'anno: pagamento quota intera
- Partecipazione a un solo incontro all'anno o mancata partecipazione: nessun pagamento.

In caso di organizzazione di un solo incontro, l'incentivo verrà riconosciuto a chi partecipa.

In caso di mancata organizzazione degli incontri formativi, l'incentivo verrà corrisposto a tutti i medici per intero.

Resta inteso che gli incontri possono essere organizzati anche nel primo trimestre dell'anno successivo, e valevoli per l'anno in conteggio.

Ai medici che parteciperanno ai tavoli verrà riconosciuto un compenso orario forfettario onnicomprensivo di € 30,00, o rapportato ad eventuali frazioni d'orario (secondo quanto previsto dall'attuale AIR).

Valore economico raggiungimento obiettivo € 0,65/assistito

Le quote incentivanti verranno calcolate moltiplicando € 0,65 per la media annuale degli assistiti dei medici sottoscrittori del presente Patto che avranno raggiunto l'obiettivo e divisa in parti uguali tra gli stessi in rapporto alla durata dell'adesione al Patto nell'anno.

Non sono previsti valori "intermedi" di raggiungimento dell'obiettivo.

A2) PRESCRIZIONI IN PRIORITA' B (0,70€)

Introduzione all'obiettivo

Il Servizio Sanitario Nazionale ha tra i suoi principi fondamentali quello di tutelare la salute dei cittadini, garantendo l'equità di accesso in base ai bisogni di salute e fornendo prestazioni efficaci. Tale principio viene declinato e recepito dalla Regione Veneto attraverso l'adozione di provvedimenti regionali atti a identificare i percorsi di accesso dei cittadini. Vista la crescente domanda di prestazioni specialistiche da un lato e la criticità della disponibilità di risorse dall'altro, per raggiungere l'obiettivo di contenere i tempi di attesa per l'accesso ai servizi è necessario governare e rendere appropriati i percorsi assistenziali rendendoli sempre più coerenti con il bisogno di cura (priorità di accesso).

Le prescrizioni per cui viene valutata la priorità di invio sono TUTTI I PRIMI ACCESSI.

Obiettivo

Prescrizioni di primi accessi in priorità B da parte dei MMG <= il 25% del totale del mix del prescritto (escluso il laboratorio)

Indicatori

Per ciascun MMG

N° PRIME prestazioni prescritte in priorità B (escluso il laboratorio)
_____ <= 25%

Alessandro Ferronato

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Ferronato

N° totale del mix del prescritto (escluso il laboratorio)

Valore economico raggiungimento obiettivo 0,70/assistito

Le quote incentivanti verranno calcolate moltiplicando 0,70€ per la media annuale degli assistiti in carico al Medico che ha raggiunto l'obiettivo.

In alternativa alla riduzione sotto il 25%, è considerato raggiunto l'obiettivo se vi è una riduzione annuale $\geq$ 10% delle prescrizioni in priorità B, fino al raggiungimento graduale negli anni successivi della percentuale a di sotto del 25%

Si accorda che verranno escluse dal conteggio ai fini dell'incentivo le prime prestazioni prescritte in PRIORITA' B "suggerite" o "indotte" rientranti a scopo esemplificativo nella seguente casistica: *copiatura di ricette non prenotabili per errori formali emesse dallo specialista o dal pronto soccorso che non rientrerebbero a nostro giudizio clinico in priorità B / in caso lo specialista demandi al MMG la prescrizione di prime prestazioni in quanto non autorizzato all'utilizzo del ricettario.*

Verranno pertanto escluse le prescrizioni che risulteranno con la biffatura "S" nel flusso SPS, dato rilevato autonomamente dall'azienda.

In caso l'azienda non riesca a rilevarlo, l'obiettivo verrà considerato raggiunto a priori.

Per il raggiungimento di tale obiettivo l'Azienda si impegna ad erogare le prestazioni in priorità D e P garantendo tale priorità per il 75% dell'erogato per entrambe le priorità, monitorando tale dato nel corso dell'anno, che se non sarà rispettato sarà oggetto di rivalutazione da parte del gruppo tecnico di monitoraggio del Patto.

Per la verifica dell'andamento di tale obiettivo l'azienda si impegna a fornire i dati riguardanti il numero delle prestazioni presenti nelle liste di pre-appuntamento, come riportato nel Piano Attuativo Aziendale, in particolare in merito alle prestazioni più critiche, oggetto di formazione specifica come sopra- riportato: endoscopia digestiva, oculistica, ortopedia, ecocolordoppler tronchi sovraortici, radiologia.

Tali dati saranno inviati periodicamente ai componenti del Comitato Aziendale e forniti al gruppo tecnico per il monitoraggio del Patto.

Si accorda che il presente obiettivo (prescrizioni in priorità B) sarà oggetto di rivalutazione annuale, riservandosi da entrambe le parti la possibilità di rimodularlo o sostituirlo, a decisione del gruppo tecnico paritetico di monitoraggio.

TEMPISTICHE DI APPLICAZIONE

Per l'anno 2025, entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente patto, l'azienda invierà a tutti i MMG copia del patto con il contratto di adesione.

Entro il 31 luglio 2025, ai medici che avranno aderito al patto verrà corrisposto un acconto pari al 40% delle Quote A e B.

Il saldo delle Quote A e B dei medici aderenti per l'intero anno di valutazione sarà corrisposto non appena sarà effettuata la valutazione congiunta, e comunque non oltre la fine dell'anno successivo. Il saldo delle quote A e B dei medici aderenti al patto in corso d'anno, sarà liquidato non appena sarà effettuata la valutazione congiunta del patto dell'anno successivo.

L'azienda si impegna a:

1. Chiudere entro la fine dell'anno 2025 i conteggi del patto anno 2023, comprensivi di: saldo quota A e B dei MAP aderenti per l'intero anno; saldo quota A e B dei MAP aderenti in

corso d'anno; redistribuzione della quota A e della quota B non distribuita l'anno precedente e del fondo regionale governo clinico;

2. Chiudere entro la fine dell'anno 2026 i conteggi del patto anno 2024, comprensivi di: saldo quota A e B dei MAP aderenti per l'intero anno; saldo quota A e B dei MAP aderenti in corso d'anno; redistribuzione della quota A e della quota B non distribuita l'anno precedente e del fondo regionale governo clinico;
3. Proseguire nelle attività del Nucleo di Monitoraggio aziendale, per l'analisi dei dati forniti dai medici finalizzato a ricerche, alla governance, e alle eventuali modifiche dei contenuti del presente patto per gli anni successivi.
4. L'Ulss porterà nella prima riunione del nucleo di monitoraggio aziendale il valore del residuo della quota B e del residuo del fondo derivante dall'accantonamento previsto ma non corrisposto ai medici non firmatari del patto, che da AIR vigente confluiscono nel fondo dell'anno successivo.

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

Si specifica che eventuali comunicazioni e richieste di chiarimenti in merito all'attuazione del patto aziendale oppure in merito a controdeduzioni riguardo raggiungimento obiettivi possono essere inviate ai seguenti recapiti aziendali:

distretto 1: cureprimarie@aulss9.veneto.it

distretto 2: cureprimarie@aulss9.veneto.it

distretto 3: cureprimarie3@aulss9.veneto.it

distretto 4: cure.primarie.b@aulss9.veneto.it

Allegato A – Farmaceutica

Allegato B – Diabete indicatori

**APPROVATO DAL COMITATO AZIENDALE MEDICINA GENERALE NELLA SEDUTA
DEL 16 APRILE 2025**

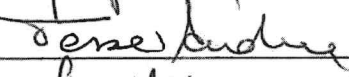
*Firma componenti presenti di parte pubblica
(o loro sostituti)*

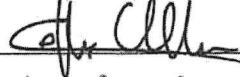
Dott. Denise SIGNORELLI 

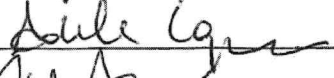
Dott. Sofia CANTARELLI 

Dott. Claudio COPPO 

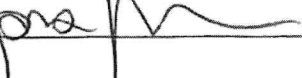
Dott. M. Beatrice GAZZOLA 

Dott. Andrea TESSARI 

Dott. Claudio COPPO 

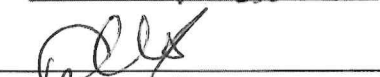
Dott. Adele CAPUA 

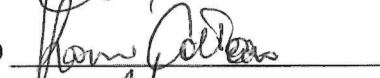
Dott. Paolo BARBIERI 

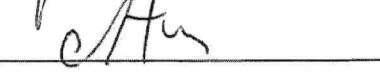
Dott. Sara SIMEONI 

*Firma componenti presenti di parte sindacale
(o loro sostituti)*

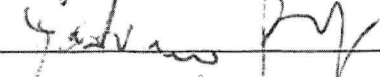
Dott. Franco G. BERTASO 

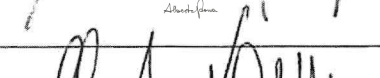
Dott. Mara CABRIOLU 

Dott. Rosario CATTANO 

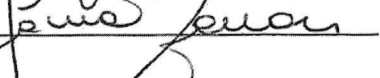
Dott. Efrem FERRO 

~~Dott. Rosario CATTANO~~

Dott. Pierluigi GODINO 

Dott. Alberto VAONA 

Dott. Claudio SALVATORE 

Dott. Sonia ZENARI 

[A large diagonal line is drawn across the page, from the bottom left towards the top right.]

[Handwritten signature]

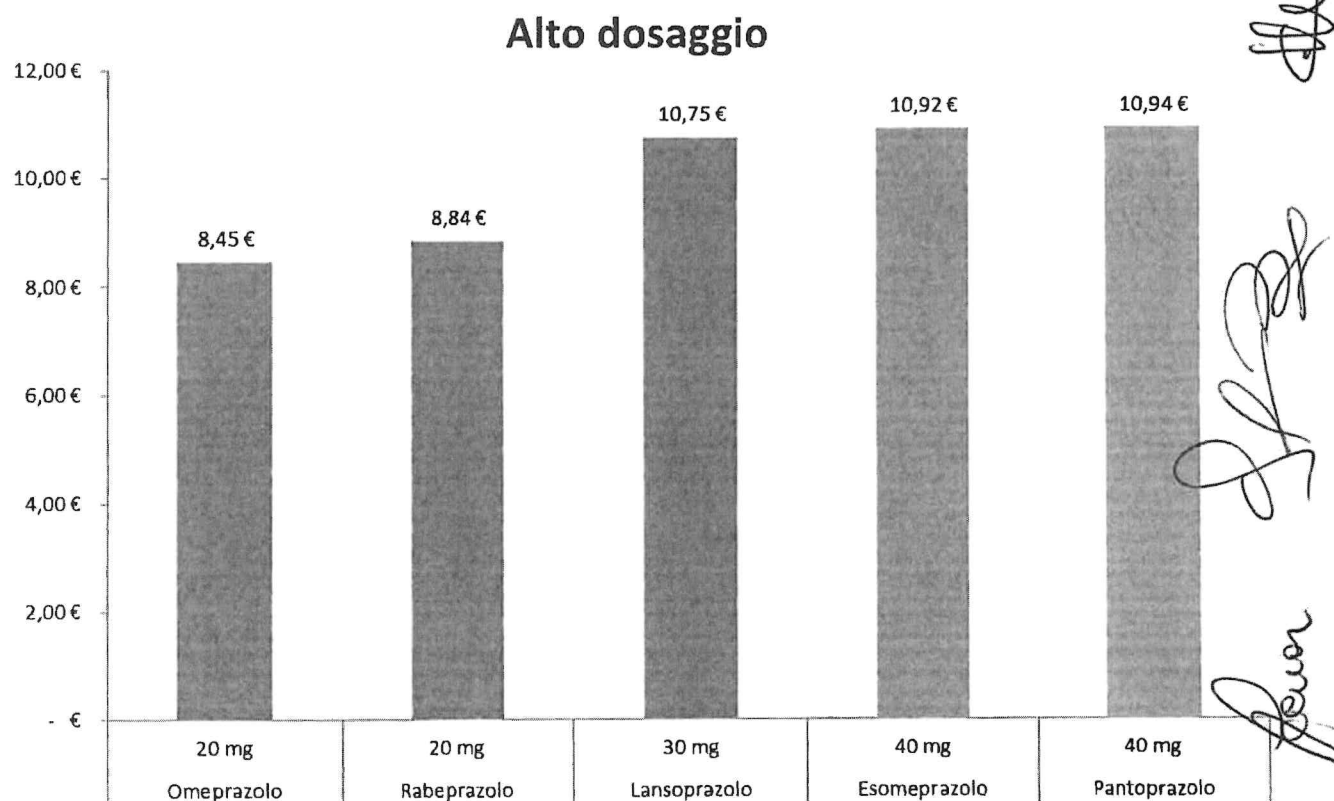
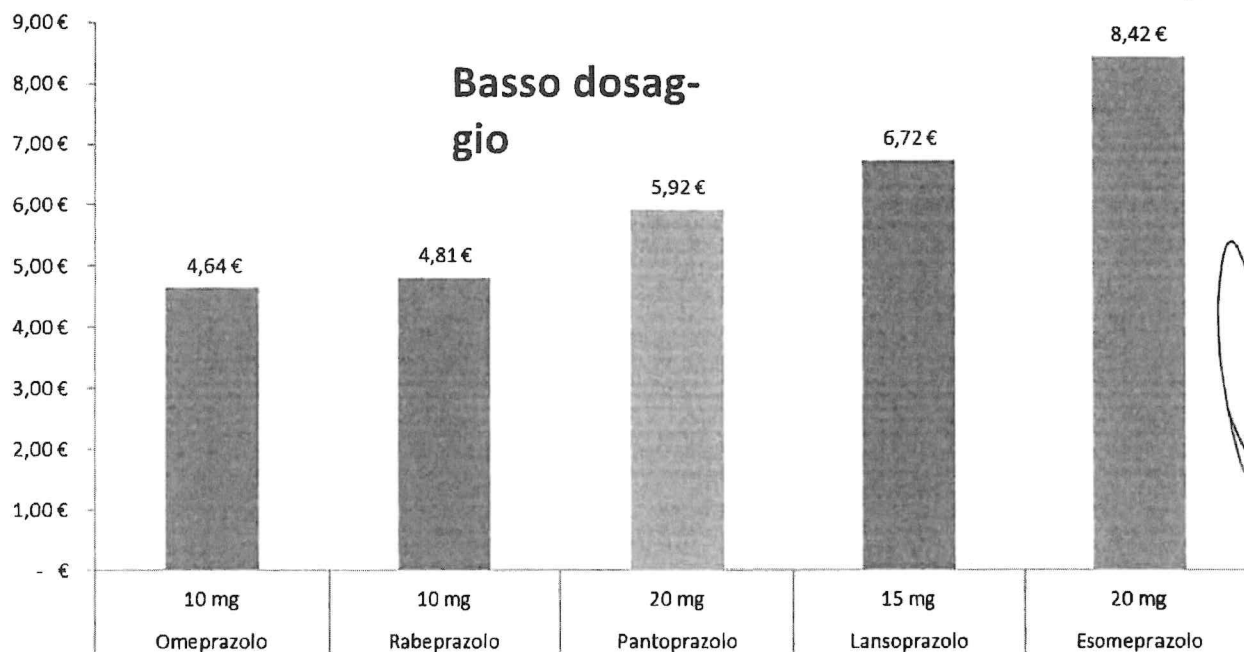
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Alberto Poma

Allegato A

Confronto del costo di 28 giorni di trattamento sintomatico della malattia da reflusso gastroesofageo con PPI (confezioni da 28 cpr)



Classificazione degli antibiotici Access/ Watch/ Reserve

Antibiotici Access - antibiotici con uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza in termini di effetti indesiderati

Antibiotici ACCESS			
ATC	Principio attivo	Linea di trattamento	Categoria
J01CA04	AMOXICILLINA	Prima linea	Access
J01CA06	BACAMPICILLINA	Prima linea	Access
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA	Prima linea	Access
J01CF05	FLUCLOXACILLINA	Prima linea	Access
J01DB01	CEFALEXINA	Prima linea	Access
J01DB04	CEFAZOLINA	Prima linea	Access
J01AA02	DOXICICLINA	Seconda linea	Access
J01AA07	TETRACICLINA	Seconda linea	Access
J01BA01	CLORAMFENICOLO	Seconda linea	Access
J01BA02	TIAMFENICOLO	Seconda linea	Access
J01CA01	AMPICILLINA	Seconda linea	Access
J01CE01	BENZILPENICILLINA	Seconda linea	Access
J01CE02	FENOSSIMETILPENICILLINA	Seconda linea	Access
J01CE09	BENZILPENICILLINA PROCAINICA	Seconda linea	Access
J01CF04	OXACILLINA	Seconda linea	Access
J01CR01	AMPICILLINA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	Seconda linea	Access
J01CR02	AMOXICILLINA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	Seconda linea	Access
J01EC02	SULFADIAZINA	Seconda linea	Access
J01EE01	SULFAMETOXAZOLO E TRIMETOPRIM	Seconda linea	Access
J01FF01	CLINDAMICINA	Seconda linea	Access
J01GB03	GENTAMICINA	Seconda linea	Access
J01GB06	AMIKACINA	Seconda linea	Access
J01XD01	METRONIDAZOLO	Seconda linea	Access
J01XE01	NITROFURANTOINA	Seconda linea	Access
P01AB01	METRONIDAZOLO	Seconda linea	Access
P01AB02	TINIDAZOLO	Seconda linea	Access
P01AB07	SECNIDAZOLO	Seconda linea	Access

Antibiotici Watch - antibiotici ad ampio spettro raccomandati come opzioni di prima scelta per i pazienti con manifestazioni cliniche più gravi o per infezioni in cui è più probabile che i patogeni responsabili siano resistenti agli antibiotici Access

Antibiotici WATCH			
ATC	Principio attivo	Linea di trattamento	Categoria
J01CA12	PIPERACILLINA	Prima linea	Watch
J01FA01	ERITROMICINA	Prima linea	Watch
J01AA01	DEMECLOCICLINA	Seconda linea	Watch
J01AA03	CLORTETRACICLINA	Seconda linea	Watch
J01AA04	LIMECICLINA	Seconda linea	Watch
J01AA08	MINOCICLINA	Seconda linea	Watch
J01CA17	TEMOCILLINA	Seconda linea	Watch
J01CR05	PIPERACILLINA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	Seconda linea	Watch
J01DC01	CEFOXITINA	Seconda linea	Watch
J01DC02	CEFUROXIMA	Seconda linea	Watch
J01DC04	CEFACLOR	Seconda linea	Watch
J01DC10	CEFPROZIL	Seconda linea	Watch
J01DD01	CEFOTAXIMA	Seconda linea	Watch
J01DD02	CEFTAZIDIMA	Seconda linea	Watch
J01DD04	CEFTRIAXONE	Seconda linea	Watch
J01DD08	CEFIXIMA	Seconda linea	Watch
J01DD13	CEFPODOXIMA	Seconda linea	Watch
J01DD14	CEFTIBUTEN	Seconda linea	Watch
J01DD16	CEFDITOREN	Seconda linea	Watch
J01DE01	CEFEPIMA	Seconda linea	Watch
J01DH02	MEROPENEM	Seconda linea	Watch
J01DH03	ERTAPENEM	Seconda linea	Watch
J01DH51	IMIPENEM E CILASTATINA	Seconda linea	Watch
J01FA02	SPIRAMICINA	Seconda linea	Watch
J01FA06	ROXITROMICINA	Seconda linea	Watch

J01FA09	CLARITROMICINA	Seconda linea	Watch
J01FA10	AZITROMICINA	Seconda linea	Watch
J01FF02	LINCOMICINA	Seconda linea	Watch
J01GA01	STREPTOMICINA	Seconda linea	Watch
J01GB01	TOBRAMICINA	Seconda linea	Watch
J01GB07	NETILMICINA	Seconda linea	Watch
J01MA02	CIPROFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA06	NORFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA10	RUFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA12	LEVOFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA14	MOXIFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA17	PRULIFLOXACINA	Seconda linea	Watch
J01MA23	DELAFLORACINA	Seconda linea	Watch
J01XA01	VANCOMICINA	Seconda linea	Watch
J01XA02	TEICOPLANINA	Seconda linea	Watch
J01XC01	ACIDO FUSIDICO	Seconda linea	Watch
J01XX01	FOSFOMICINA	Seconda linea	Watch
J01XX03	CLOFOCTOLO	Seconda linea	Watch
J04AB02	RIFAMPICINA	Seconda linea	Watch
J04AB03	RIFAMICINA	Seconda linea	Watch
J04AB04	RIFABUTINA	Seconda linea	Watch

Alberto Poma

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Ferronato

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 18 di 21

Antibiotici Reserve - antibiotici di ultima scelta usati per trattare le infezioni multiresistenti

Antibiotici RESERVE		
ATC	Principio attivo	Categoria
J01AA12	TIGECICLINA	Reserve
J01AA13	ERAVACICLINA	Reserve
J01DD52	CEFTAZIDIMA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	Reserve
J01DF01	AZTREONAM	Reserve
J01DH52	MEROPENEM E VABORBACTAM	Reserve
J01DH56	IMIPENEM, CILASTATINA E RELEBACTAM	Reserve
J01DI01	CEFTOBIPROLO MEDOCARIL	Reserve
J01DI02	CEFTAROLINA FOSAMIL	Reserve
J01DI04	CEFIDEROCOL	Reserve
J01DI54	CEFTOLOZANO ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	Reserve
J01XA04	DALBAVANCINA	Reserve
J01XA05	ORITAVANCINA	Reserve
J01XB01	COLISTINA	Reserve
J01XB02	POLIMIXINA B	Reserve
J01XX08	LINEZOLID	Reserve
J01XX09	DAPTOMICINA	Reserve
J01XX11	TEDIZOLID	Reserve

Riferimento ai numeri di Infofarma sul deprescribing e sull'appropriato utilizzo degli antibiotici

- 1/2023. Utilizzo di antibiotici in Medicina Generale: analisi real-word di prescrizioni e consumo in AULSS 6 e AULSS 9
- 3/2023. Analisi dell'utilizzo dei farmaci nel paziente anziano
- 3/2024. Strumenti per la "Medication Review" e il "Deprescribing" nella persona anziana in politerapia

Alberto Fana

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Peronzo

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. _____ DEL _____

Pagina 19 di 21

ALLEGATO – B

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI DATI - PAZIENTE DIABETICO				
id	descrizione dato	data	formato	punteggi o
1	C.F. Medico		16 caratteri	
2	data rilevazione (data estrazione file)		gg/mm/aaaa	
3	consenso invio dati (esplicito o da elenco ULSS)		si/no	
4	C.F. assistito (solo con consenso acquisito)		16 caratteri	
5	data rilevazione diagnosi diabete		gg/mm/aaaa	
6	esenzione 013		si/no	
7	paziente non ambulabile (attivazione AD o registrazione problemaV60,6)		si/no	
8	fumo (registrazione nell'anno)		si/no	10
9	circonferenza addominale (almeno 1 misurazione nell'anno)		cm	10
10	BMI (almeno 1 nell'anno)		kg/m2	10
11	attività fisica (registrazione nell'anno)		si/no	8
12	attività di counselling (consegna/controllo diario glicemico)		si/no	
13	trattato con sola dieta		si/no	
14	trattato con farmaci con ATC A10A* (insuline ed anal.)		si/no	
15	trattato con farmaci con ATC A10B* (ipoglic. escl. le insuline)		si/no	
16	trattato con farmaci con ATC A10X* (altri farmaci)		si/no	
17	trattato con farmaci ATC C09* (s. renina angiotensina)		si/no	
18	trattato con farmaci ATC C10* (modificatrici lipidi)		si/no	
19	trattato con farmaci ATC B01AC* antiag. esc. eparina)		si/no	
20	N. Hb glicate misurate negli ultimi 12 mesi (almeno 2)		numero	2
21	almeno una rilevazione di Hb glicata negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	% oppure mmol/mol	10
22	almeno una PAS negli ultimi 6 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mmHg	4
23	almeno una PAD negli ultimi 6 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mmHg	4
24	almeno una registrazione LDL negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione) diretto/indiretto	gg/mm/aa	mg/dl	10
25	almeno una registrazione HDL negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mg/dl	3
26	almeno una registrazione COL. TOTALE negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mg/dl	3
27	almeno una registrazione TG negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mg/dl	5
28	almeno una registrazione creatininemia negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	mg/dl	3
29	almeno una registrazione GFR (velocità di filtrazione glomerulare calcolata)	gg/mm/aa	ml/min	-
30	almeno una registrazione albuminuria (microalbuminuria) negli ultimi 12 mesi	gg/mm/aa	mg/l	4
31	almeno una registrazione esame urine negli ultimi 12 mesi	gg/mm/aa	si/no	2
32	almeno un esame fundus oculi o visita oculistica eseguito negli ultimi 24 mesi *	gg/mm/aa	si/no	2
33	almeno un'ispezione piede negli ultimi 12 mesi (data ultima esecuzione)	gg/mm/aa	numero	10
34	retinopatia		si/no	
35	pregressa angina pectoris		si/no	
36	pregresso infarto del miocardio		si/no	
37	pregresso TIA		si/no	
38	pregresso ICTUS		si/no	

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

Alberto Piana

Il Proponente: Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale dott. Alessandro Ferronato

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 20 di 21

18

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

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

Verona, lì

Il Direttore
UOC Affari Generali
Dott. Maria Leoni

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Direzione Amministrativa Territoriale
UOS Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e controlli

TRASMESSA PER CONOSCENZA A:

Direttore della Funzione Territoriale
UOC Contabilità e bilancio
Distretto 1 Verona Città
Distretto 2 dell'Est Veronese
Distretto 3 della Pianura Veronese
Distretto 4 dell'Ovest Veronese
UOC Cure Primarie - Distretto 1
UOC Cure Primarie - Distretto 4
UOC Cure Primarie - Distretto 3