Obiettivi 2019 ex art. 8

Allegato 1 all'AIR 2019

2019		obiettivi e criteri	indicatori di risultato	punti
A) Diabete Mellito	A.1	Validazione lista assistiti diabetici, sulla base degli elenchi forniti entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo dall'Azienda per il tramite del Distretto con il supporto metodologico del servizio epidemiologico dell'ARCS, propedeutica alle successive attività di presa in carico.	L'obiettivo si intende raggiunto con la restituzione dell'elenco al Direttore di Distretto entro il 06.10.2019. Il Direttore di Distretto è tenuto a effettuare - in accordo con l'UDMG - verifiche a campione su almeno il 10% delle liste ricevute dai MMG di ogni AFT entro il 20.10.2019. Da tale data il MMG che non abbia ricevuto osservazioni in proposito può considerare avvenuta la validazione della propria lista. Qualora, per motivi non imputabili al Distretto o al MMG la tempistica di messa a disposizione degli elenchi derivanti dal registro regionale diabete, non fosse rispettata, l'obiettivo viene stralciato e il punteggio relativo viene proporzionalmente ridistribuito su tutti gli altri obiettivi da A.2 a G.	15
	A.2	Aumento di copertura della vaccinazione antipneumococcica nella popolazione diabetica (tipo 1, tipo 2) di ogni età.	Target ottimale fissato dal Ministero: 75%. L'obiettivo si intende raggiunto completamente (=10 punti) per risultato >/= 75% di tutta la popolazione diabetica, ovvero se si raggiunge un miglioramento rispetto all'anno precedente corrispondente ad almeno il 50% del differenziale fra valore raggiunto nell'anno precedente e target ottimale. Per qualsiasi valore di risultato (anche in peggioramento rispetto all'anno precedente) sopra il target ottimale, l'obiettivo si intende completamente raggiunto. Qualora nell'anno precedente il risultato ottimale sia stato raggiunto e vi sia una oscillazione del risultato sotto a tale target per il 2019, il risultato si ritiene pienamente raggiunto con un margine di tolleranza fino a >/= 74,5% di copertura, parzialmente raggiunto (al 50% = 5 punti) con un margine di tolleranza fino a >/= 74,0%. L'obiettivo si intende raggiunto parzialmente (al 50% = 5 punti) anche qualora, al di sotto del target ottimale, si raggiunga un miglioramento rispetto all'anno precedente corrispondente ad almeno il 25% del differenziale fra valore raggiunto nell'anno precedente e target ottimale.	10

B) Stato di monitoraggio dell'ipertensione arteriosa	B.1	Censimento fidelizzazione misurazione valori pressori delle persone in terapia antipertensiva; target: tutte le persone in trattamento con farmaci antipertensivi sulla base di apposito elenco caricato su portale continuità della cura entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.	L'obiettivo si intende raggiunto registrando per tutti i pazienti presenti nella lista fornita dall'Azienda per il tramite del Distretto, con il supporto metodologico di ARCS, i valori indicativi di PA (ultimo dato noto, anche se in automisurazione; se "dato non disponibile", registrare tale indicazione) all'interno di uno dei tre range ("< 130/80" - "</= 140/90" - "> 140/90") associando a questa informazione anche il periodo di riferimento (anno: 2019 o 2018 o precedente); obiettivo parzialmente raggiunto (al 50% = 10 punti) per dato registrato in almeno l'80% dei pazienti presenti in lista. Qualora, per motivi non imputabili al Distretto o al MMG la tempistica di messa a disposizione degli elenchi non fosse rispettata, l'obiettivo viene stralciato e il punteggio relativo viene proporzionalmente ridistribuito su tutti gli altri obiettivi da A.1 a G.	20
C) Supporto agli screening del Ca mammario e del Ca colon-retto	C.1	Screening mammografico: il denominatore per il calcolo delle percentuali di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla coorte di donne chiamate a screening mammografico, nell'ambito della campagna regionale, nel 2019, depurato da quante risultino a G2 aver effettuato una Mx nel corso dello stesso anno. Le Aziende, per il tramite dei Distretti e con il supporto metodologico di ARCS, sono tenute a fornire entro il 15 settembre 2019 gli elenchi delle chiamate; il numeratore è dato dalle donne che hanno aderito alla campagna di screening, in tutto l'ambito temporale di validità della stessa.	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se vi è adesione allo screening da parte di almeno il 70% di donne presenti nella lista definita nel riquadro a sinistra del presente ("obiettivi e criteri"); per risultati al di sotto di questo valore, l'obiettivo si intende completamente raggiunto se rispetto all'anno precedente si verifica un aumento pari ad almeno il 50% del differenziale fra target ministeriale (70%) e dato di adesione del 2018; parzialmente raggiunto (al 50% = 5 punti) se l'aumento è compreso tra il 25% e il 49,9%.	10

	C.2	Screening Ca colon-retto: il denominatore per il calcolo delle percentuali di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla coorte di persone chiamate a screening, nell'ambito della campagna regionale, nel 2019. Le Aziende sono tenute a fornire entro il 15 settembre 2019 gli elenchi delle persone chiamate; il numeratore è dato dalle persone che hanno aderito alla campagna di screening, in tutto l'ambito temporale di validità della stessa.	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se vi è adesione allo screening da parte di almeno il 70% di persone chiamate a screening; per risultati al di sotto di questo valore, il risultato si intende completamente raggiunto se rispetto all'anno precedente si verifica un aumento pari ad almeno il 50% del differenziale fra target ministeriale (70%) e dato di adesione del 2018; parzialmente raggiunto (al 50% = 5 punti) se l'aumento è compreso tra il 25% e il 49,9%.	10

D) Campagne vaccinali rivolte agli anziani	D.1	Garantire un'adeguata copertura vaccinale antinfluenzale alla popolazione >65 anni.	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% (= 10 punti) se la percentuale di persone >65enni vaccinate nel corso dell'annuale campagna vaccinale antinfluenzale è >/=70%; si intende raggiunto al 50% (= 5 punti) se si verifica un aumento nella percentuale di vaccinati pari ad almeno il 50% del differenziale fra dato di adesione del 2018 e target ottimale del 70%.	10
	D.2	Garantire un'adeguata copertura vaccinale antipneumococcica alla popolazione >65 anni.	L'obiettivo si intende raggiunto qualora la percentuale cumulativa di soggetti vaccinati sia aumentata rispetto a quella dell'anno 2018 tra i pazienti di età >65 anni.	5
E) Prescrizioni dematerializzate	E.1	Garantire un adeguato utilizzo delle procedure di dematerializzazione per la prescrizione farmaceutica.	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% (= 10 punti) se la percentuale di DEM sul totale di DEM+MIR è >90%; si intende raggiunto all'80% (= 8 punti) se la percentuale di DEM sul totale di DEM+MIR è >85%; si intende raggiunto al 60% (= 6 punti) se la percentuale di DEM sul totale di DEM+MIR è >80%; si intende raggiunto al 40% (= 4 punti) se la percentuale di DEM sul totale di DEM+MIR è >60%; sotto a tale soglia si intende non raggiunto.	10

F) Supporto al registro regionale fibromialgia (Legge regionale 9 maggio 2017, n. 13)	F.1	Alimentazione del registro regionale della fibromialgia: registrazione dei casi di fibromialgia su portale continuità della cura (o segnalazione dell'assenza di casi noti), per loro inserimento in registro regionale di patologia.	L'obiettivo si intende raggiunto se il dato è presente sul portale di continuità della cura.	5
G) Audit clinico su prodotto salute delle AFT	G.1	Effettuazione di un audit tra pari in AFT su indicatori di salute e di performance relativi al territorio distrettuale/di AFT/individuale.	L'obiettivo si intende raggiunto con l'evidenza della partecipazione (come da raccolta firme di presenza e verbale della riunione, a cura del coordinatore di AFT) ad un audit in cui si discutono i dati presenti in un report prodotto, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, dall'Azienda con il supporto metodologico di ARCS. Tutti i componenti di AFT sono tenuti a partecipare all'audit; qualora giustificatamente impossibilitati, produrranno nota scritta con le proprie osservazioni da trasmettere al coordinatore di AFT, che provvederà ad allegarle al verbale della seduta. Tale documentazione garantisce il raggiungimento pieno dell'obiettivo.	5
			TOTALE (punteggio massimo)	**100**

RISORSE (obiettivi da A a G)

specifici programmi, da ACN	€ 3,08	Tutti gli obiettivi indicati sono collegati esclusivamente alla performance individuale. Al punteggio in centesimi complessivamente conseguito da ogni MMG corrisponde in proporzione l'equivalente incentivo economico a risultato (100 punti = 8,00 euro).
finanziamento regionale	€ 4,92	
totale	**€ 8,00**	

H) Pazienti fragili >75enni	H.1	Sulla base degli elenchi, forniti entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo dall'Azienda per il tramite del Distretto con il supporto metodologico di ARCS, validazione lista pazienti fragili >75enni.	Ogni MMG integra il report con la formulazione di una valutazione preliminare che specifichi per ogni assistito in lista: "nessuna attuale necessità di segnalazione di fragilità al distretto", oppure "necessità di presa in carico leggera" (= segnalazione del caso al Distretto), oppure "necessità di presa in carico congiunta mediante definizione di PAI in UVM", oppure "caso noto al distretto e già preso in carico". L'infermiere di AFT/di comunità può supportare il MMG nella valutazione preliminare di definizione di una delle quattro condizioni sopra specificate. L'obiettivo si intende raggiunto al 100% con la restituzione dell'elenco al Coordinatore di AFT entro il 31.12.2019. Nella successiva prima riunione utile di UDMG la documentazione prodotta viene validata dal Direttore di Distretto in collaborazione con l'UDMG. Qualora, per motivi non imputabili al Distretto o al MMG, la tempistica di messa a disposizione degli elenchi non fosse rispettata, l'obiettivo viene stralciato e il valore economico relativo viene aggiunto alle risorse complessivamente disponibili per gli obiettivi da A a G.	€ 2,20 (*)

(*) finanziamento obiettivi stralciati da AIR 2016-18, da ultimo con DGR. 2164 del 23.11.2018.

Note metodologiche:

1. Obiettivo A.1:
gli elenchi sono forniti a partire dall'algoritmo del registro regionale diabetici; a livello di AFT avviene la validazione dell'elenco proposto da ogni MMG relativamente alla propria coorte; oltre a segnalare quanti non risultano diabetici per possibile sovrastima dell'algoritmo (che pertanto andranno esclusi dal denominatore), vanno segnalati – previa acquisizione di consenso (informativa fornita a cura di DCS/ARCS) - quelli che a conoscenza del MMG lo sono ma non sono stati intercettati dall'algoritmo (es.: perché in sola dietoterapia); per ciascuno dei pazienti diabetici complessivamente riconosciuti vanno definiti:

1) il livello di presa in carico ritenuto necessario dal MMG:
   a. gestione e follow up completamente a carico del MMG;
   b. necessità di periodica consulenza specialistica;
   c. presa in carico "leggera" in integrazione con servizi distrettuali;
   d. presa in carico effettiva e integrata per complessità/fragilità/multimorbidità.
2) l'eventuale necessità di esclusione dal denominatore per alcune procedure in medicina d'iniziativa in quanto inappropriate in funzione delle condizioni cliniche (es. di criteri di esclusione per FO o per assetto lipidico: scarsa aspettativa di vita e/o pz. allettato).

Tutte queste operazioni sono preliminari alla presa in carico dal 2020.

2. Obiettivi A.2, C.1, C.2, D.1:
Esempi di raggiungimento di risultato:

a. raggiungimento del target ottimale, oppure
b. miglioramento rispetto all'anno precedente corrispondente ad almeno il 50% del differenziale fra il valore raggiunto nell'anno precedente e il target ottimale.

2.1. Esempio del calcolo di cui al punto b:

1. target ottimale atteso = 70
2. risultato personale 2018 = 50
3. differenziale (punto 1 – punto 2) = 70-50 = 20
4. risultato raggiunto 2019 = miglioramento di almeno il 50% del punto 3 = 50 + [(70-50)/2] = 60

NB: se il target ottimale era già raggiunto nel 2018, il risultato sarà raggiunto nel 2019 se ci si mantiene con qualsiasi valore (anche in peggioramento) sopra tale target.

3. Obiettivo B.1:
Nel portale di continuità delle cure il MMG troverà l'elenco dei propri pazienti in terapia antipertensiva; per ognuno di essi, con box di biffatura, descriverà lo score (range) di valore della PA e - sempre con biffatura - se il dato è riferito all'anno in corso o al 2018 o a periodo precedente; in assenza di informazioni, il MMG bifferà la casella "assenza di informazioni".
La valutazione di risultato sarà fatta sulla presenza di biffature, NON sui valori dello score o dell'arco temporale.
Qualora il MMG ritenesse di non usare il portale di continuità della cura, potrà documentare gli stessi dati alla direzione di distretto, in accordo con l'UDMG, producendo un file dal proprio applicativo, adeguatamente criptato.

4. Obiettivo E.1:
Si conferma quanto definito con DGR 2164 dd 23 novembre 2018 in merito all'obiettivo dematerializzazione farmaceutica, nel caso in cui l'incentivo non sia erogabile per motivi accertatamente non dipendenti dal MMG.

5. Obiettivo F.1:
In analogia con precedenti attività, il MMG troverà sul portale di continuità della cura due possibilità di biffatura: con la prima dichiarerà la presenza o la non presenza di pazienti cui sia stata diagnosticata la fibromialgia, con una seconda biffatura (nel caso di risposta affermativa alla precedente domanda) indicherà i pazienti a cui sia stata diagnosticata tale patologia, previa acquisizione dello specifico consenso (informativa che verrà fornita a cura di DCS/ARCS).