



CONVEGNO CARD TRIVENETO

IL MANAGEMENT DI INIZIATIVA

**Di fronte alla sfida dell'integrazione
istituzionale organizzativa
e assistenziale.**

Udine, 13 ottobre 2017

La gestione delle patologie respiratorie: PDTA e informazione scientifica
collaborativa

Stefano Vianello

Direttore U.O.C. Attività Specialistiche
AULSS 3 Serenissima – Regione Veneto

Azienda ULSS 13



271.000 residenti

180 MMG

5 MGI

2 Distretti (1 dal 2016)



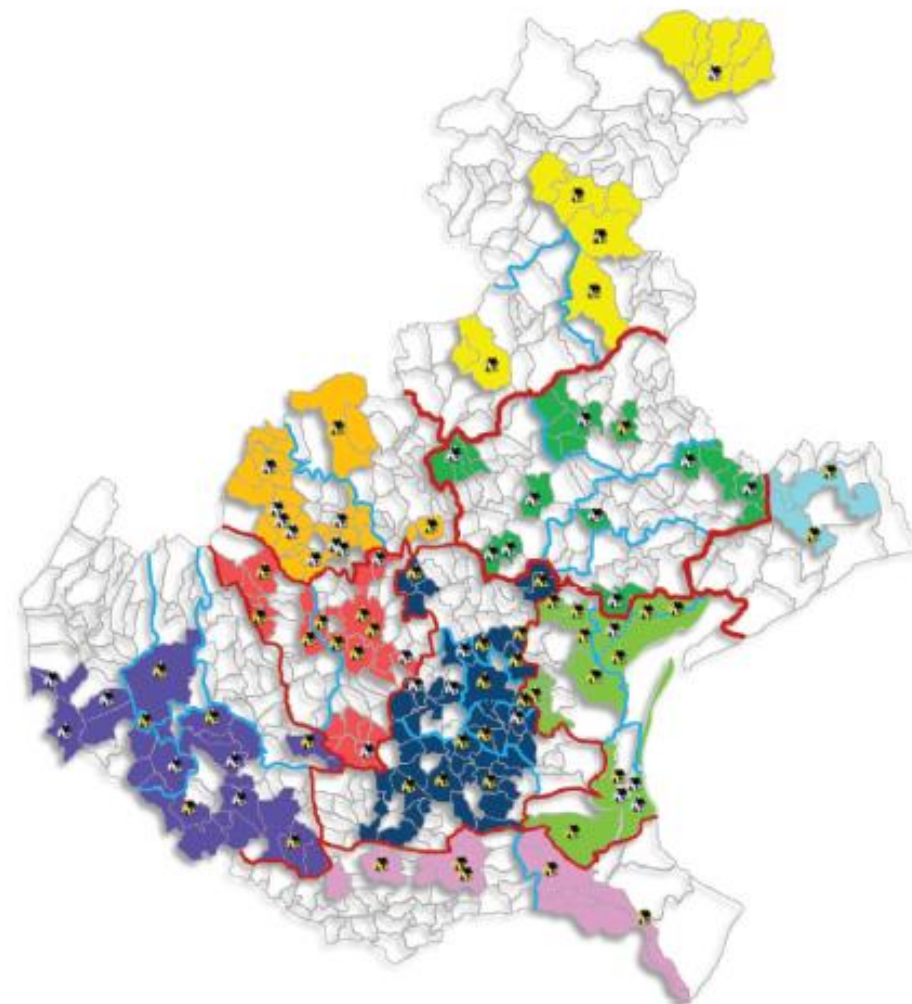
1. MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA: APPROFONDIMENTI

ASSETTO TERRITORIALE

| | N. MGI AUTORIZZATE | N. MGI ATTIVATE |
|---|--------------------|-----------------|
| ANNO 2015 | 27 | 7 |
| ANNO 2016 | 51 | 38 |
| ANNO 2017 | 8 | 10 |
| TOTALE MGI <i>(al 10/03/2017)</i> | 86 | 55 (64%) |

| | |
|---|--------------|
| TOTALE MMG <i>al 10/03/2017</i> | 3.161 |
|---|--------------|

| | N. MMG in MGI AUTORIZZATE | N. MMGI in MGI ATTIVATE |
|--|---------------------------|-------------------------|
| ANNO 2015 | 238 | 56 |
| ANNO 2016 | 454 | 332 |
| ANNO 2017 | 63 | 74 |
| TOTALE MMG IN MGI <i>(al 10/03/2017)</i> | 755 | 462 |
| %MMG IN MGI | 24% | 15% |
| %MMG in MGI + UTAP + G | - | 48% |



Fonte



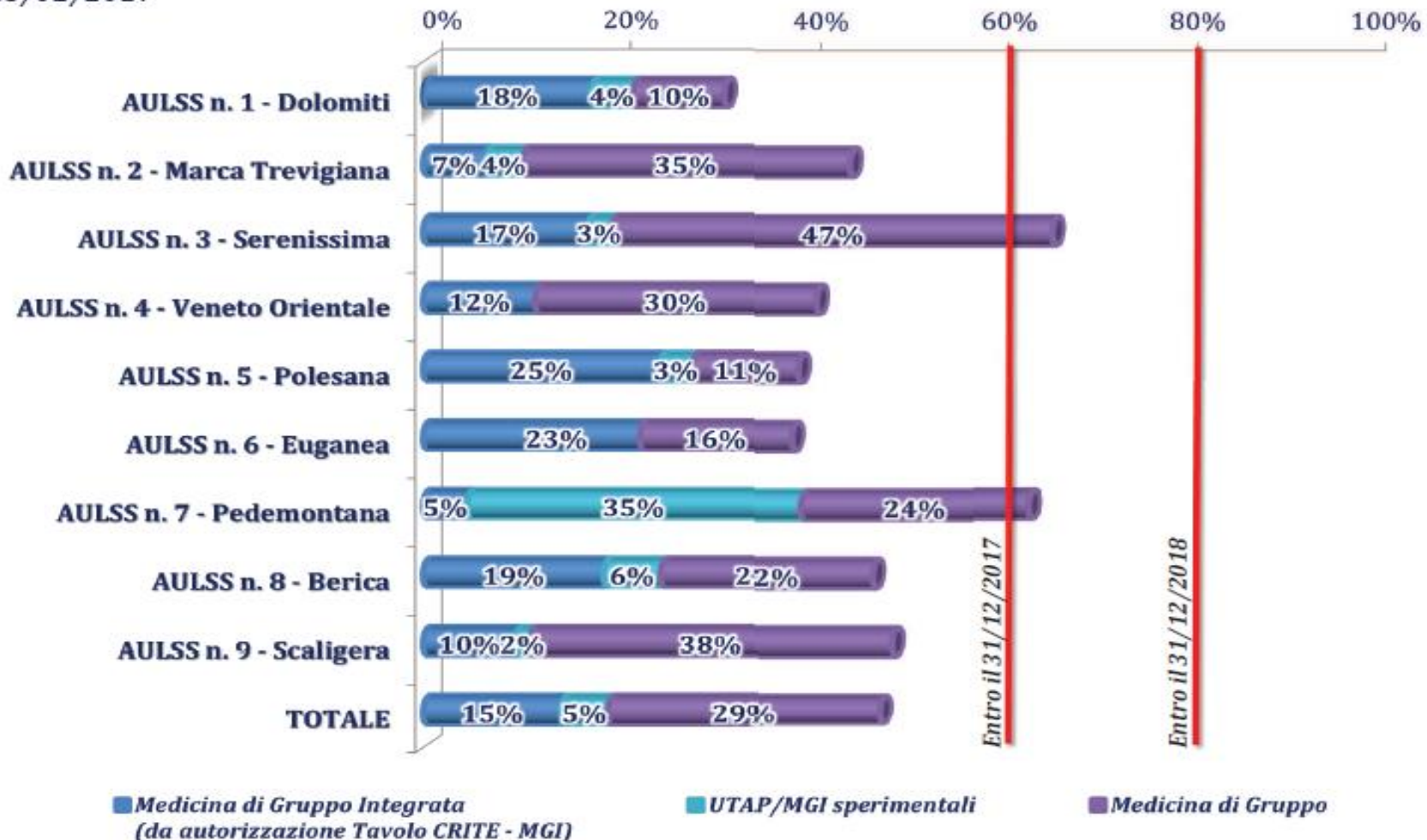
| Aziende Ulss Ante L.R. 19/2016 | Aziende Ulss L.R. 19/2016 | N. MGI | | | N.MMG | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|------------|---------------------------------|------------|
| | | AUTORIZZATE TAVOLO CRITE-MGI | ATTIVATE | % | AUTORIZZATE TAVOLO CRITE-MGI | ATTIVATE |
| ULSS n. 1 | Azienda Ulss n. 1 Dolomiti | 3 | 2 | 67% | 19 | 13 |
| ULSS n. 2 | | 1 | 1 | 100% | 11 | 11 |
| | | 4 | 3 | 75% | 30 | 24 |
| ULSS n. 7 | Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana | 2 | 1 | 50% | 21 | 9 |
| ULSS n. 8 | | 4 | 0 | 0% | 31 | 0 |
| ULSS n. 9 | | 4 | 4 | 100% | 27 | 27 |
| | | 10 | 5 | 50% | 79 | 36 |
| ULSS n. 12 | Azienda Ulss n. 3 Serenissima | 4 | 3 | 75% | 28 | 18 |
| ULSS n. 13 | | 5 | 5 | 100% | 35 | 35 |
| ULSS n. 14 | | 5 | 2 | 40% | 49 | 21 |
| | | 14 | 10 | 71% | 112 | 74 |
| ULSS n. 10 | Azienda Ulss n. 4 Veneto Orientale | 2 | 2 | 100% | 16 | 16 |
| ULSS n. 18 | Azienda Ulss n. 5 Polesana | 3 | 3 | 100% | 22 | 22 |
| ULSS n. 19 | | 2 | 2 | 100% | 21 | 21 |
| | | 5 | 5 | 100% | 43 | 43 |
| ULSS n. 15 | Azienda Ulss n. 6 Euganea | 5 | 5 | 100% | 55 | 55 |
| ULSS n. 16 | | 7 | 5 | 71% | 68 | 41 |
| ULSS n. 17 | | 4 | 4 | 100% | 45 | 45 |
| | | 16 | 14 | 88% | 168 | 141 |
| ULSS n. 3 | Azienda Ulss n. 7 Pedemontana | 2 | 2 | 100% | 11 | 11 |
| ULSS n. 4 | | 9 | 0 | 0% | 83 | 0 |
| | | 11 | 2 | 18% | 94 | 11 |
| ULSS n. 5 | Azienda Ulss n. 8 Berica | 3 | 3 | 100% | 27 | 27 |
| ULSS n. 6 | | 9 | 5 | 56% | 70 | 33 |
| | | 12 | 8 | 67% | 97 | 60 |
| ULSS n. 20 | Azienda Ulss n. 9 Scaligera | 3 | 3 | 100% | 27 | 27 |
| ULSS n. 21 | | 5 | 3 | 60% | 54 | 30 |
| ULSS n. 22 | | 4 | 0 | 0% | 35 | 0 |
| | | 12 | 6 | 50% | 116 | 57 |
| TOTALE REGIONE VENETO | | 86 | 55 | 64% | 755 | 462 |

TOTALE MMG (al 10/03/2017) 3.161



Ripartizione degli Assisti per forma associativa

MONITORAGGIO FORME ASSOCIATIVE EVOLUTE - %MMG in MGI - % MMG in MG - % MMG in UTAP/MGI sperimentali
Dati al 15/02/2017



Ma una MGI che assiste circa 10.000
cittadini quanto «costa» al SSN?

400.000 € costi sorgenti

Progetto PRIHTA “Modello di Collaborazione per il Governo delle Patologie Croniche”



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 13
P.E.C: protocollo.ulss13mirano@pecveneto.it
30035 MIRANO (VE) via Mariutto, 76 tel. 041/5794111 - 30031 DOLO (VE) via 29Aprile, 2 -
tel. 041/5133111 - C.F. e Partita IVA 02799530270

Direttore Generale

Prot. n. 32586

Mirano, 17/04/2015

Ill.mi signori
Direttori Generali
Aziende ULSS 3,4,5,6,10,12,14,15,21
Al direttore SER – Regione Veneto
Loro sedi

Oggetto: bando Prihta 2014 - Dgr 77/2015

Carissimi colleghi

il bando Prihta 2014 di cui alla DGR 77 del 27 gennaio u.s. - finalizzato a promuovere la realizzazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità nell'ambito di collaborazioni pubblico-privato - individua quale area tematica di interesse regionale "l'applicazione del sistema di misurazione del case-mix ACG (Adjusted Clinical Group) come grouper di popolazione nell'aggiustamento del rischio e nel budgeting o come strumento di disease (PDTA) e case management".

APRILE 2015 PROPOSTA DI COLLABORAZIONE A 9 AZIENDE ULSS DELLA REGIONE VENETO

Approvazione Progetto PRIHTA

ulss13.AOO.REGISTRO UFFICIALE.I.0065253.21-08-2015



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data **21 AGO 2015** Protocollo N° **340036** Class: **e.101** Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Chiamata – nell’ambito di collaborazioni pubblico-privato - alla presentazione di progetti di ricerca, innovazione e formazione in sanità. Anno 2014. Approvazione progetti. DGR n. 1092 del 18.08.2015.

All’Azienda ULSS n. 13

e, p.c. Al Responsabile Scientifico
Dr. Stefano Vianello

All’Azienda
SDG Medical Care Srl
(pec: sdgmedicalcare@legalmail.it)

LORO SEDI

Si comunica che con DGR n. 1092 del 18.08.2015 la Giunta regionale ha approvato la graduatoria finale dei progetti presentati nell’ambito del Programma PRIHTA - Chiamata pubblico-privato - Anno 2014 – di cui alla deliberazione n. 77 del 27.01.2015.

**VALORE AGGIUNTO:
INTEGRARE E LEGGERE I DATI
DEL DATAWAREHOUSE
AZIENDALE E DI ACG CON I
DATI CHE INIZIANO A
PROVENIRE DAI DATABASE
DELLA MEDICINA GENERALE

(FLUSSO DATI DA MMG)**

AFORISMA:

Tutti vogliono le misure ...


Nessuno vuole essere misurato.

Il MODELLO sperimentato

Si è sperimentato che l'applicazione del PDTA può essere aiutata con:



Cruscotto (Dashboard) – per l'integrazione dei dati amministrativi e clinici che riguardano la patologia e la loro navigazione (per Distretto, per forma associativa ecc.)



Documenti di feedback : i per dati sono finalizzati anche alla produzione di documentazione da far circolare ai diversi livelli del processo di cura (MMG e Specialisti). Vedi poi il «dossier di patologia».

(In)formazione: la documentazione sostiene l'informazione, supportata dalla capillarità della rete degli Informatori Scientifici ...

Qlik Sense 1. Medical Board Serenissima

localhost:8080/sense/app/06b6bccd-6b39-4685-9252-57315d35bad6/sheet/tbezmS/state/analysis

1. Medical Board Serenissima - Performance di Patologia

Patologia BPCO

Home Page Medical Board

- BPCO
- BPCO
 - ARTRITE REUMATOIDE
 - ASMA PERSISTENTE
 - CARDIOPATIA ISCHEMICA
 - DEPRESSIONE
 - DIABETE
 - DISLIPIDEMIE
 - DISTURBI CONVULSIVI
 - DISTURBO BIPOLARE
 - FIBRILLAZIONE ATRIALE
 - GLAUCOMA
 - INSUFFICENZA RENALE
 - IPERTENSIONE
 - IPERTIROIDISMO
 - LOMBALGIA
 - No Chronic
 - OSTEOPOROSI
 - PARKINSON

Performance

Analisi di Patologia

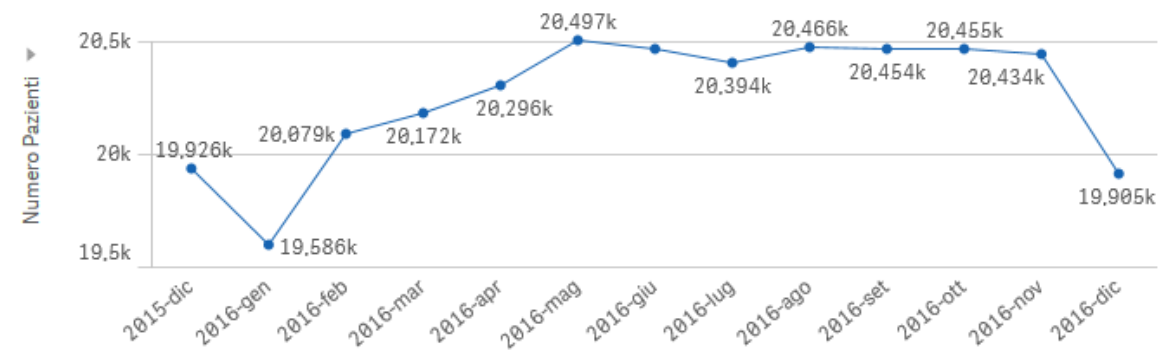
Geo Analysis

Self Service Analysis

Apprendimento PDTA

- Fonte
- Anno
- Mese
- Can. Diagn.
- Stadio
- Cittadinanza
- ATC
- Distretto
- Tipologia
- Codice Ass
- Medico

Prevalenza MB

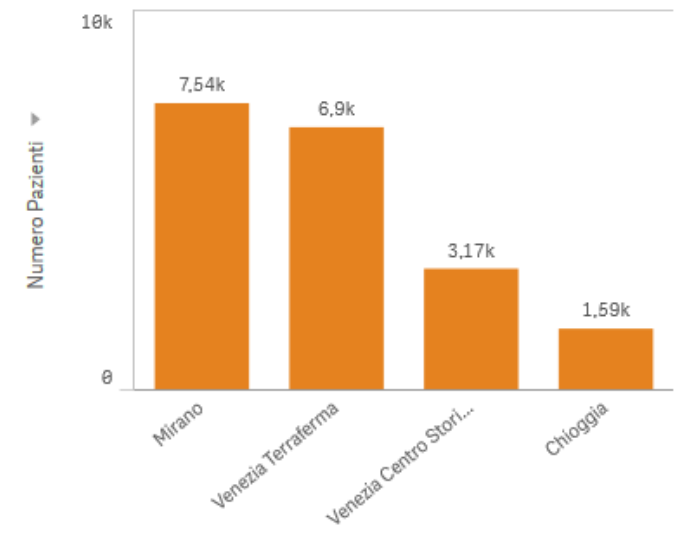


Prevalenza ACG

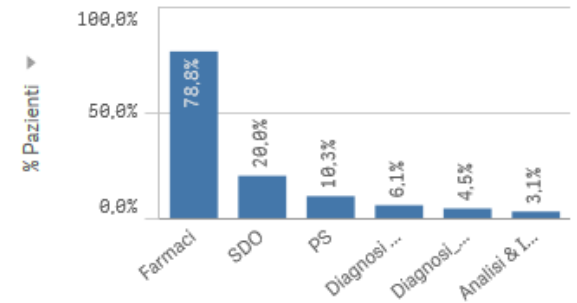
0,0%

Numero pazienti ACG

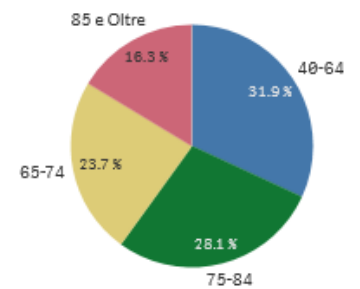
Carichi Assistenziali



Canale Diagnostico



Fascia d'età



DOCUMENTAZIONE di Patologia

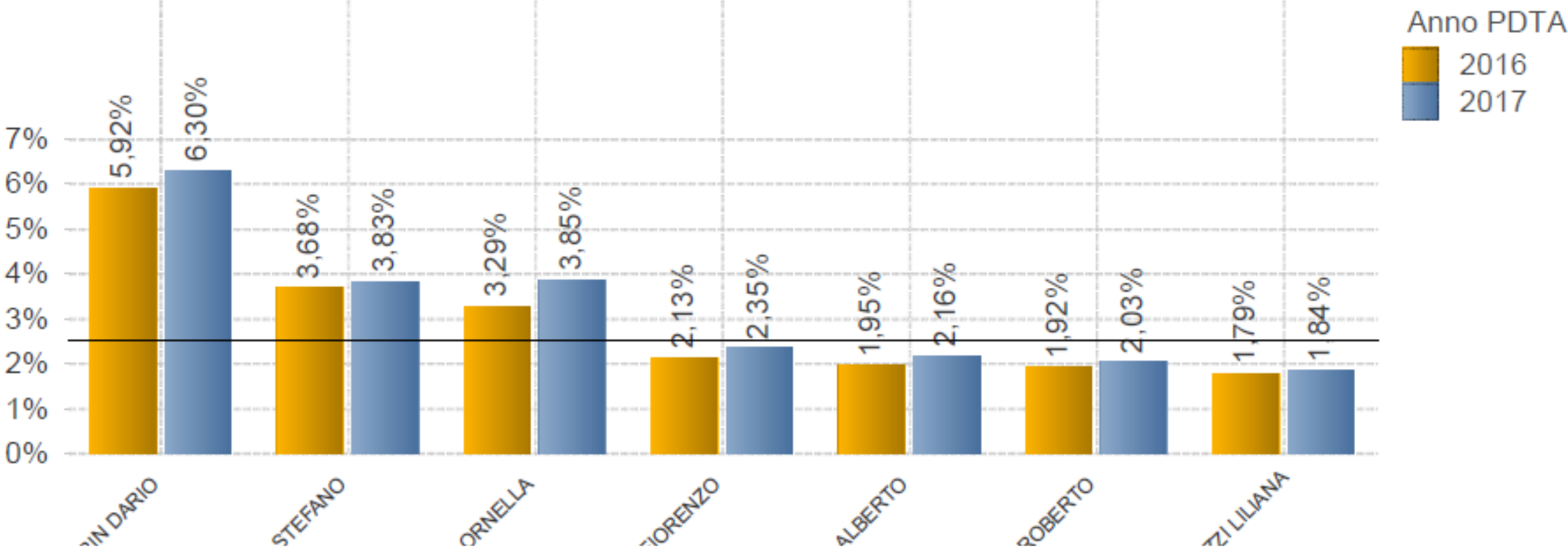
Il cruscotto oltre che a navigare i dati ad uso direzionale serve per la produzione della seguente documentazione:

- **DOSSIER DI PATOLOGIA** - finalizzato a divulgare I DATI REALI PER LA SPECIFICA PATOLOGIA (ai MMG ma anche agli specialisti)
- **REPORT PREVALENZA** - finalizzato a condividere dati tra ULSS e MMG
- **REPORT OBIETTIVI** — monitoraggio del progressivo raggiungimento degli obiettivi da parte del MMG

ESEMPIO DI REPORTISTICA DI FEEDBACK AD UNA MGI:

BPCO

Prevalenza BPCO



REPORT PREVALENZA - BPCO - dottore: RIGO STEFANO - 2016-set

| Cognome | Nome | Diagnosi Spec. | Diagnosi MMG | Farmaci | Qta Farm. di Pat. (12 mesi) | Data ultima SDO | ICD9 SDO | Data Ultima PS | ICD9 PS | Data Ultima Spir. Positiva | [FEV1 % FVC] Ultima Spir. Positiva | [FEV1 % pred] Ultima Spir. Positiva | stadio spirometria | Data Ultima Spir. Negativa | Broncodilatatore |
|---------|------------|----------------|--------------|---|-----------------------------|-----------------|---------------------|----------------|---------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------|
| | ANTONIO | - | X | -ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60DCLENIL COMP*10F 2ML 0,8+1,6MG | 3 | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | LUCIANA | - | X | -VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG | 2 | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | LUGIA | - | X | -FOSTER*SOLxINAL 120D 100+6MCG | 2 | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | LEDA | - | - | -BRONCOVALEAS*NEBUL 15ML 0,5% FRONTINAL*NEBUL 20FL 0,8MG/2ML | 2 | - | | 09/02/16 | 51884 | - | - | - | - | - | - |
| | ENNIO | X | X | -BIWIND*NEBUL OS 30CONT 0,5MLBRONCOVALEAS*NEBUL 15ML 0,5%HIROBRIZ BREEZHALER*30CPS 150MONBREZ BREEZHALER*30CPS 150MCGFRONTINAL*NEBUL 20FL 0,8M... | 20 | 21/02/15 | 49121 | 20/02/15 | 496 | 09/09/2015 | 53 | 90,16 | 1 | - | - |
| | CIRILLO | - | X | -EKJIRA GENUAIR*INAL 60D 322MCGVENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG | - | 21/05/15 | 4829 , 5111 , 51881 | 21/05/15 | 51881 | - | - | - | - | - | - |
| | ROMOLO | - | - | - | - | - | | 12/12/12 | 49121 | - | - | - | - | - | - |
| | PAOLO | - | X | - | - | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | MANUELA | X | X | -CLENIL COMP*10F 2ML 0,8+1,6MGCLENIL COMP*AER250+100MCG 200DSEEBRI BREEZHALER*30CPS 44MCG | 4 | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | BENITO | - | X | -ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60DCLENIL COMP*10F 2ML 0,8+1,6MGFOSTER*POLV INAL120D NEXTHALERSALBUTAMOLO SANDOZ*200D 100MCGVENTOLIN*SO... | 9 | - | | - | | - | - | - | - | - | - |
| | MARISTELLA | - | X | -CLENIL COMP*10F 2ML 0,8+1,6MGSALBUTAMOLO SANDOZ*200D 100MCGVENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG | - | - | | - | | - | - | - | - | - | - |



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale

PDТА per la BPCO⁽¹⁾

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 206 / DGR del 24/02/2015

OGGETTO:

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) per la gestione della bronco - pneumopatia cronica ostruttiva (Bpco).

Percorso di formazione sul “campo”
per i Medici di Medicina Generale dell'ULSS 13:
le Reti di Informazione Scientifica GSK e Menarini come
TUTOR per l'implementazione del PDТА

4 visite destinate ai MMG delle MGI da parte del Tutor per illustrare i **4 capitoli** che compongono il **Dossier di Patologia BPCO:** ⁽²⁾

1. Prevalenza
2. Stadiazione
3. Appropriatazza e aderenza
4. Riacutizzazione



PDTA per la BPCO⁽¹⁾

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 205 / DGR del 24/02/2015

OGGETTO:

Pianone diagnostico terapeutico assistenziale (PDTa) per la gestione della bronco - pneumopatia cronica ostruttiva (BpcO).

Percorso di formazione sul "campo"
per i Medici di Medicina Generale dell'ULSS 13:
le Reti di Informazione Scientifica GSK e Menarini come
TUTOR per l'implementazione del PDTA

4 visite destinate ai MMG delle MGI da parte del Tutor per illustrare i 4 capitoli che compongono il Dossier di Patologia BPCO: ⁽²⁾

1. Prevalenza
2. Stadiazione
3. Appropriatelyzza e aderenza
4. Riabilitazione

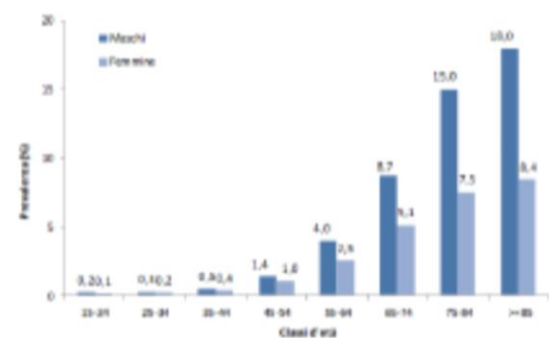


Il metodo: AUTOVALUTAZIONE del Medico di Medicina Generale e AUDIT in Medicina di Gruppo Integrata mediante l'ausilio di Report forniti dall'ULSS



Prevalenza di BPCO in regione Veneto nella popolazione > 45 anni: 4,84% ⁽²⁾

Figura 2.1c Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2012)



Segui le Tracce e Riduci le Distanze

La BPCO è una patologia ad alto impatto in termini di mortalità e di costi⁽¹⁾

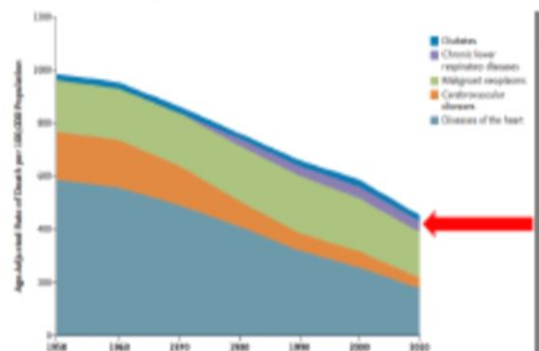
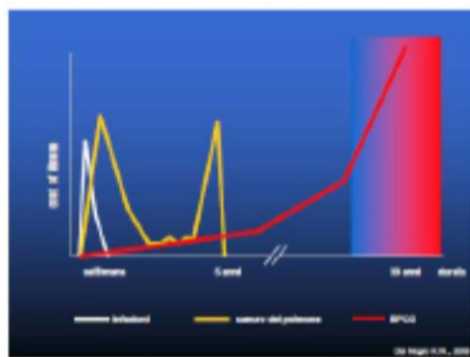


Figure 4. Declines in Rates of Death from Major Noncommunicable Diseases in the United States, 1968 to 2010. Adapted from the National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention.¹⁸

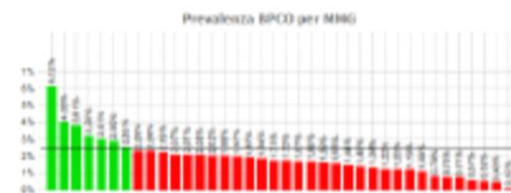
La durata media della BPCO la trasforma nella malattia più costosa, molto di più anche delle forme infettive gravi (con orizzonte temporale di alcune settimane) e di quelle neoplastiche (con orizzonte temporale comunque a cinque anni)⁽²⁾

Fig. 1 – Diversi pattern di costi-of-illness nell'ambito delle più importanti patologie respiratorie



Segui le Tracce e Riduci le Distanze

Modulo 1: Prevalenza della BPCO⁽³⁾



Segui le Tracce

Attività di AUTOVALUTAZIONE: il medico potrà verificare ed eventualmente validare i potenziali pazienti con BPCO presenti sul "Report di prevalenza" codificando correttamente la patologia (vedi codici ICDIX) nella scheda paziente del proprio programma gestionale

Riduci le Distanze

dagli obiettivi di appropriatezza del PDTA

Bibliografia

1. PDTA per la BPCO
2. Dossier di Patologia BPCO
3. HEALTH SEARCH, 2013-2014. Dato rielaborato per fasce d'età >45 anni
4. Hunter DJ, Reddy S. N England J Med 2013; 369:1336-1343
5. GARD: La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

Segui le Tracce e Riduci le Distanze

L'infiammazione delle vie respiratorie nella BPCO è sostenuta in larghissima parte dal fumo di sigaretta e in subordine dall'inquinamento ambientale. Questa affermazione è così vera e forte che qualcuno arriva a sostenere che senza il fattore fumo e/o inquinamento non si dovrebbe parlare con leggerezza di BPCO ma si dovrebbero prima cercare altre patologie. Pertanto, il primo e principale provvedimento da mettere in atto contro la BPCO è l'intervento sul tabagismo, per il suo valore sia in senso preventivo sia in senso terapeutico.

L'esame spirometrico è fondamentale nella BPCO

- per la **diagnosi precoce**: i pazienti con anamnesi suggestiva per BPCO (per esempio, almeno 3 risposte positive nel questionario GOLD) dovrebbero tutti eseguire la spirometria per la conferma diagnostica e i successivi provvedimenti del caso. Per la conferma della diagnosi, inoltre, almeno la prima volta è necessaria una manovra dopo broncodilatatore che dimostri la "fissità" dell'ostruzione e differenzi la BPCO dall'asma bronchiale;
- per la **definizione dello stadio di gravità** dell'ostruzione nei pazienti confermati (o che non la effettuano da tempo l'esame e potrebbero essere passati da uno stadio a un altro).

"Tra le principali cause della sottodiagnosi e del conseguente ritardo diagnostico vi è soprattutto la scarsa diffusione dell'esame spirometrico, indispensabile per confermare il sospetto clinico della malattia. Secondo il recente rapporto OSMED 2014 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia - AIFA) la richiesta di spirometria da parte del MMG, a livello nazionale, è stata effettuata per il 13,8% soggetti affetti da BPCO, con percentuali più elevate (22,8%) tra i soggetti in trattamento farmacologico rispetto a quelli con una diagnosi di patologia respiratoria ma senza tale trattamento (4,5%)"³



Segui le Tracce e Riduci le Distanze



Percorso di formazione sul “campo”
per i Medici di Medicina Generale dell'ULSS 13:
le Reti di Informazione Scientifica GSK e Menarini come
TUTOR per l'implementazione del PDTA





Segui le Tracce e Riduci le Distanze

4 visite destinate ai MMG delle MGI da parte del Tutor per illustrare i **4 capitoli** che compongono il **Dossier di Patologia BPCO:**

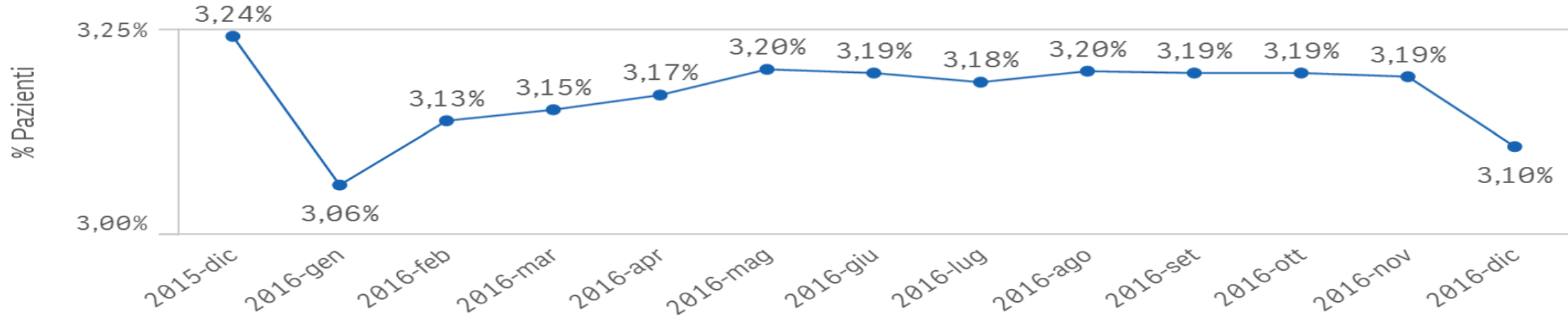
1. Prevalenza
2. Stadiazione
3. Appropriatazza e aderenza
4. Riaccutizzazione



ULSS 3 Serenissima - Prevalenza potenziali pazienti con BPCO (anno 2016)

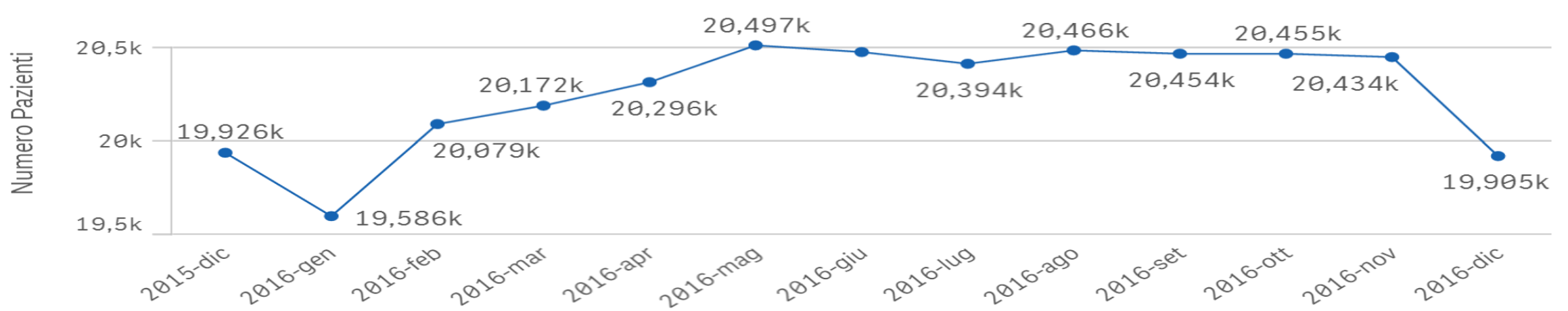
Prevalenza MB

Circa il 3,2% della popolazione assistita



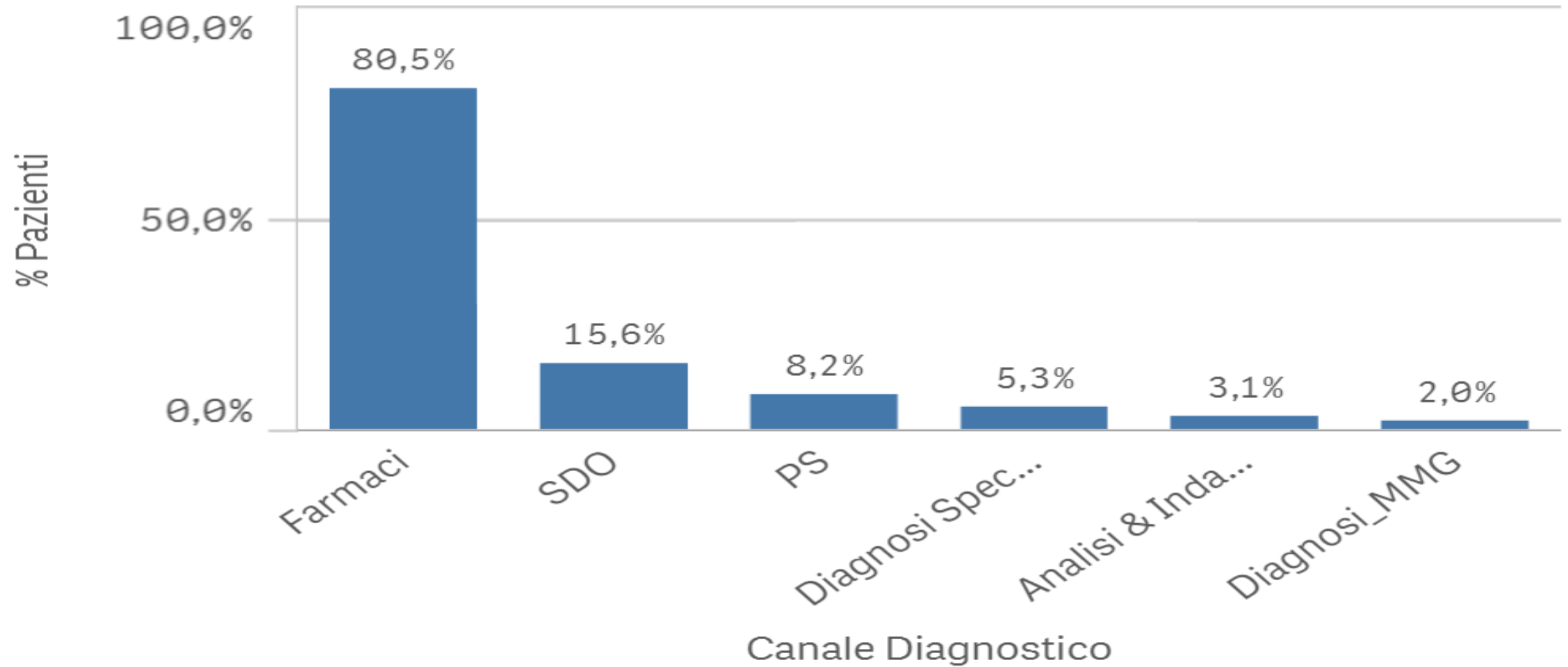
Prevalenza MB

Circa 20.000 potenziali pazienti ...



ULSS 3 SERENISSIMA - BPCO 2016

Canale Diagnostico





Segui le Tracce e Riduci le Distanze

Il metodo: **AUTOVALUTAZIONE del Medico di Medicina Generale e AUDIT in Medicina di Gruppo Integrata** mediante l'ausilio di Report forniti dall'ULSS

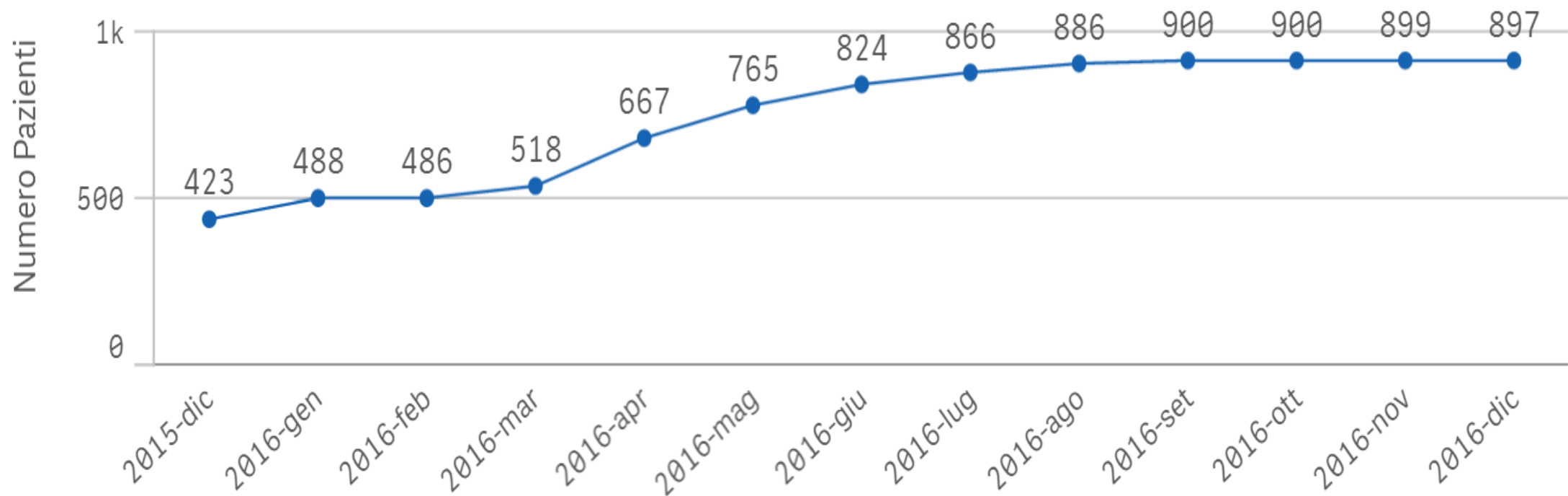


Il risultato: **eventuale conferma/validazione di diagnosi ICD9 di patologia nella cartella**

ULSS 3 – SERENISSIMA (Distretto di Mirano Dolo)

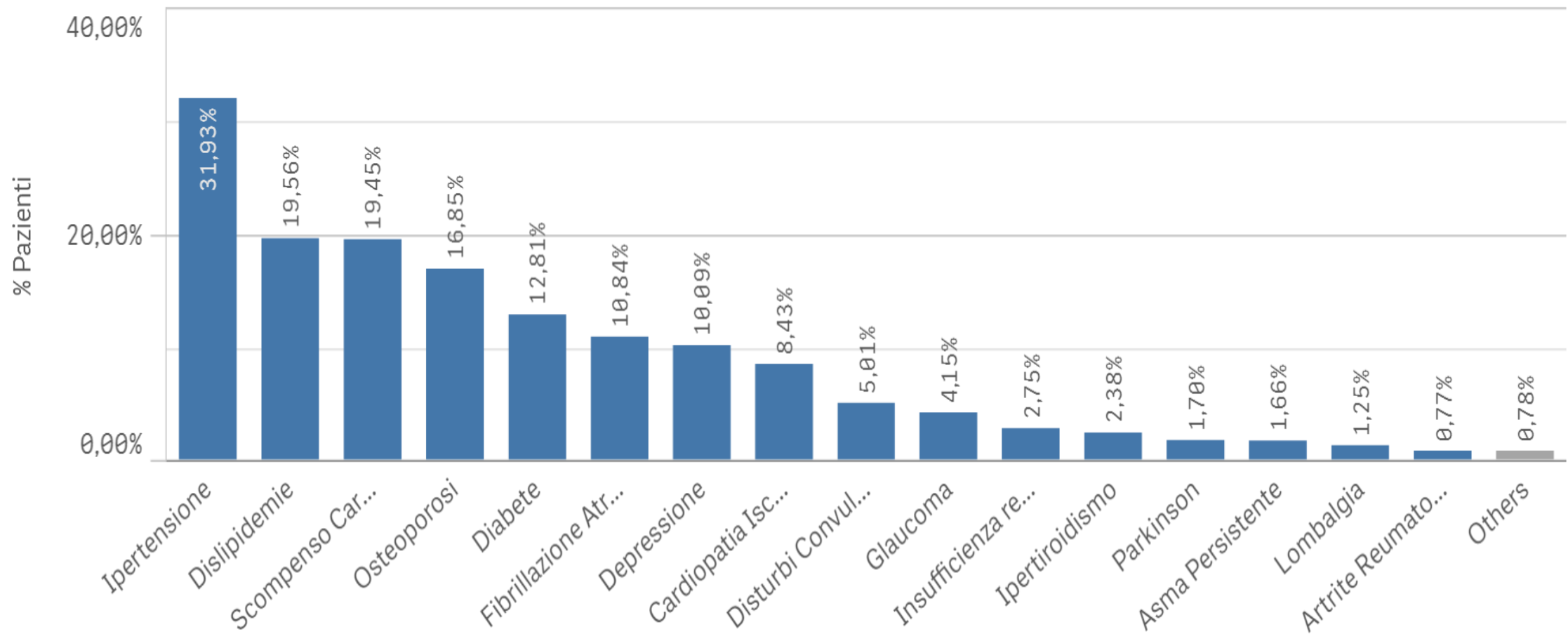
Progressione n° diagnosi di BPCO «validate» dal MMG delle MGI

Prevalenza MB



ULSS 3 SERENISSIMA COMORBILITA' BPCO 2015

Comorbidità ACG





Esempio di collaborazione Pubblico Privato

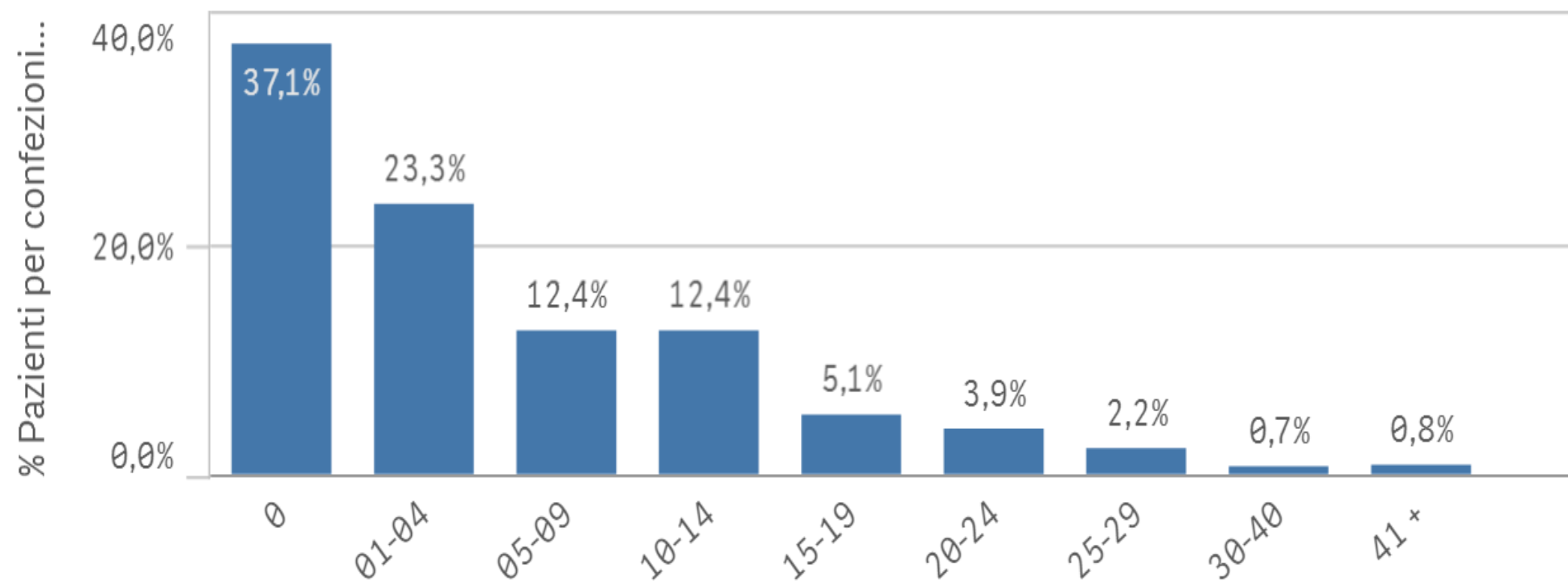
Privato

- Obiettivi comuni tra ULSS e **Aziende partner**: aumentare l'aderenza e l'appropriatezza nella gestione della patologia
- Qualifica **e certifica le aziende partner** come soggetti che operano per il miglioramento del sistema salute
- Rende gli ISF protagonisti di un'attività di valore per l'Azienda Sanitaria, per i medici e per i pazienti



ULSS 3 SERENISSIMA – N. Pazienti BPCO con diagnosi confermata dal MMG numero confezioni farmaci R03 anno 2016

Aderenza Trattamento

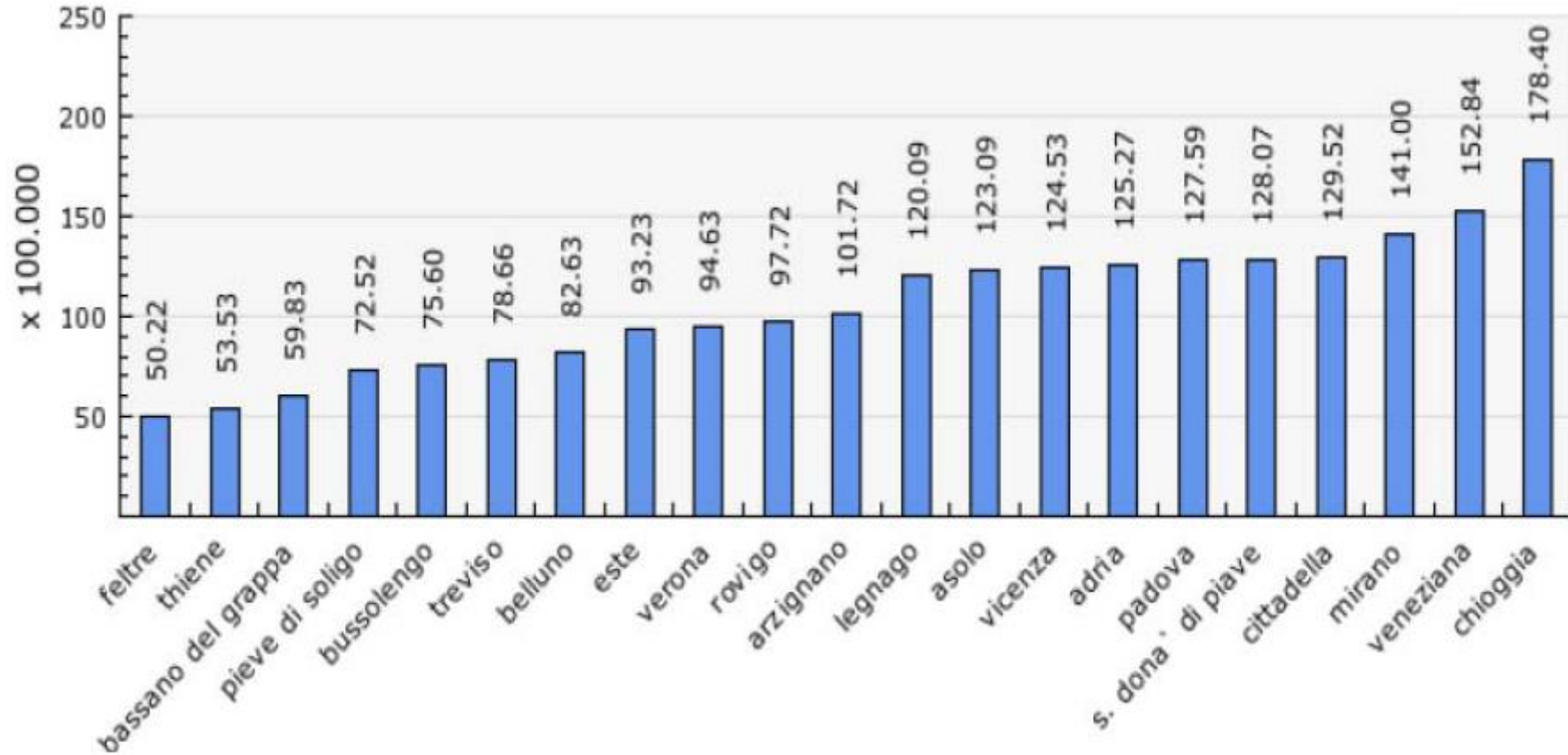


Indicatore 9 - Aderenza alla terapia

| | |
|---------------------|---|
| Obiettivo regionale | |
| Numeratore | Numero di persone con prescrizione di almeno 8 confezioni nell'ultimo anno di farmaci LABA (ATC=R03AC12, R03AC13, R03AC18) o LAMA (ATC=R03BB01, R03BB02, R03BB04, R03BB05) o ICS/LABA (ATC=R03AK06, R03AK07) |
| Denominatore | Totale persone trattate con farmaci LABA (ATC=R03AC12, R03AC13, R03AC18) o LAMA (ATC=R03BB01, R03BB02, R03BB04, R03BB05) o ICS/LABA (ATC=R03AK06, R03AK07) nell'anno di osservazione. |
| Fonte dati | Datawarehouse regionale farmaci |
| Note | <p>L'aderenza alla terapia è fondamentale per evitare le riacutizzazioni e migliorare gli esiti clinici. I valori soglia vengono stabiliti a livello regionale.</p> <p>La scelta delle 8 confezioni è dovuta al fatto che - per definizione - la BPCO è una condizione patologica cronica che evolve progressivamente verso una maggiore gravità se non si eliminano i principali fattori di rischio e non s'instaura una terapia di tipo farmacologico e non farmacologico, adeguata e protratta nel tempo, diversificata a seconda dello stadio di gravità della condizione patologica.</p> <p>Attualmente le confezioni di medicinali in commercio per il trattamento della BPCO permettono di coprire 30 giorni di terapia.</p> <p>Come adeguata aderenza al trattamento, che deve essere appunto protratto nel tempo come riportato sia nelle Linee guida AgeNaS che nelle GOLD, si considerano 8 confezioni che corrispondono a 8 mesi di terapia/anno.</p> |

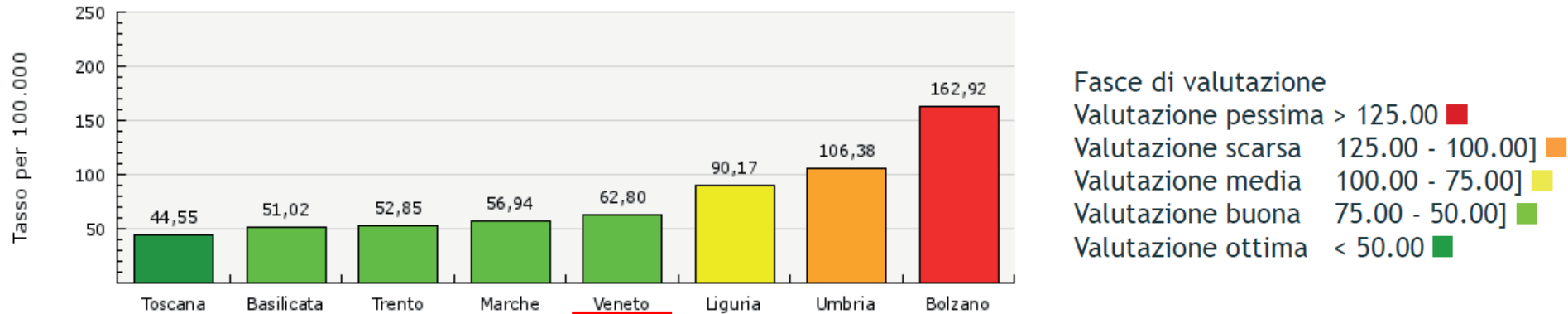
Dati 2007 - 2008

Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

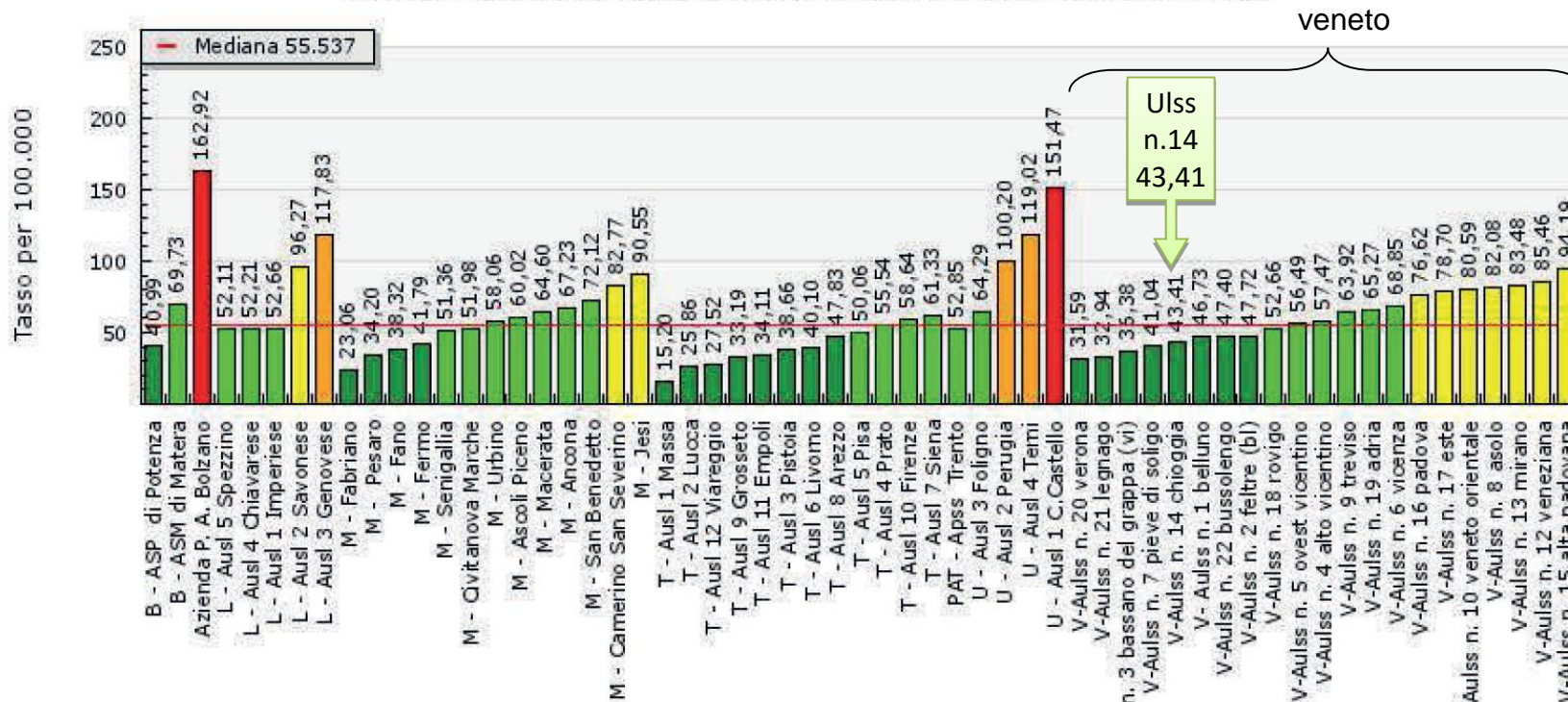


C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

C11a.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)



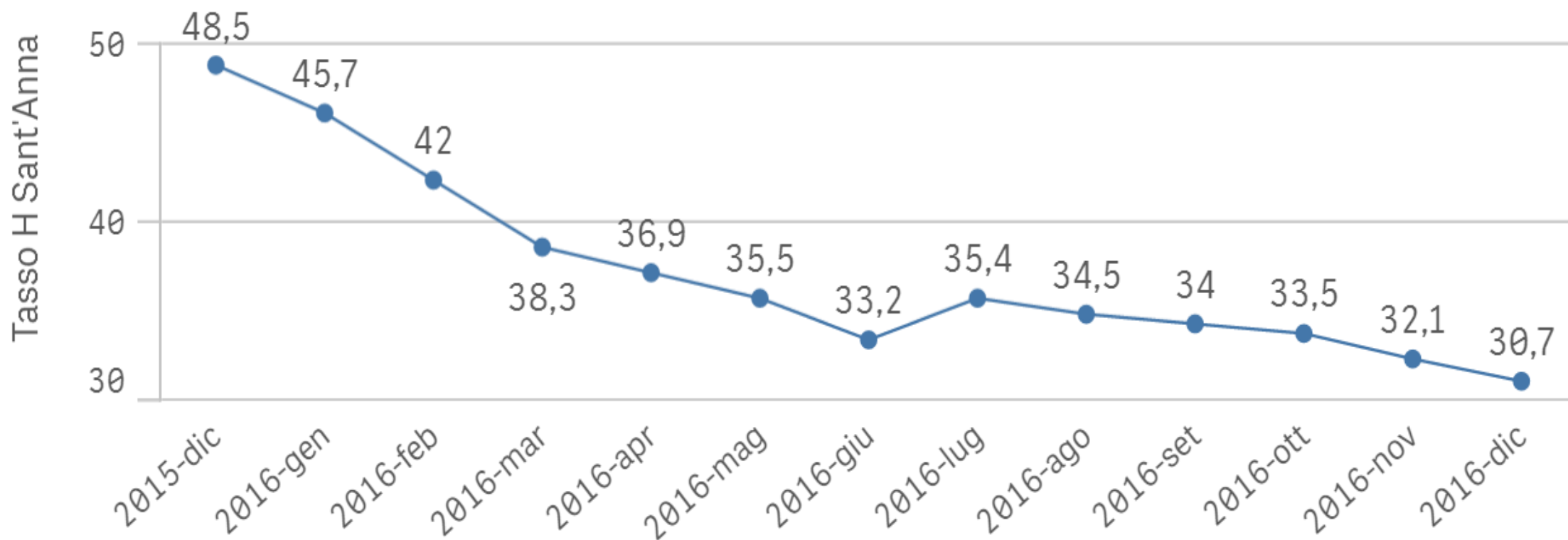
C11a.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)



Ulss 3 SERENISSIMA – BPCO 2016

Tasso Ospedalizzazione (indicatore Sant'Anna di Pisa)

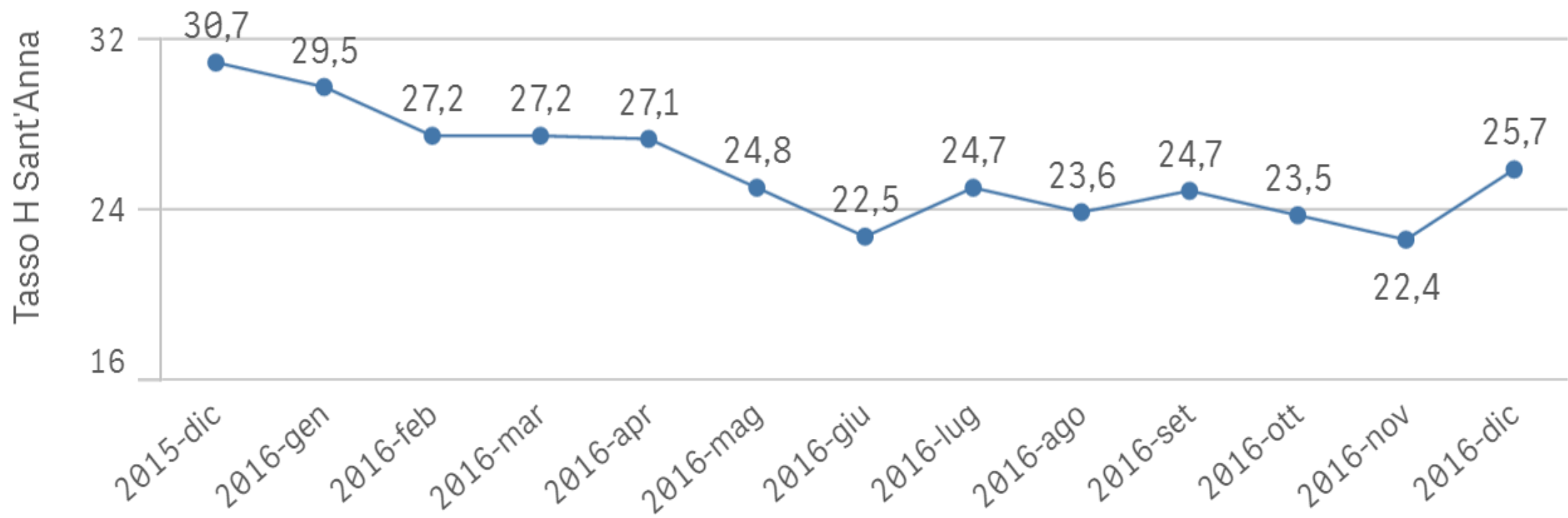
Prevalenza Ricoverati



ULSS 3 SERENISSIMA – DISTRETTO EX ULSS 13 – BPCO 2016

Tasso Ospedalizzazione Sant'Anna

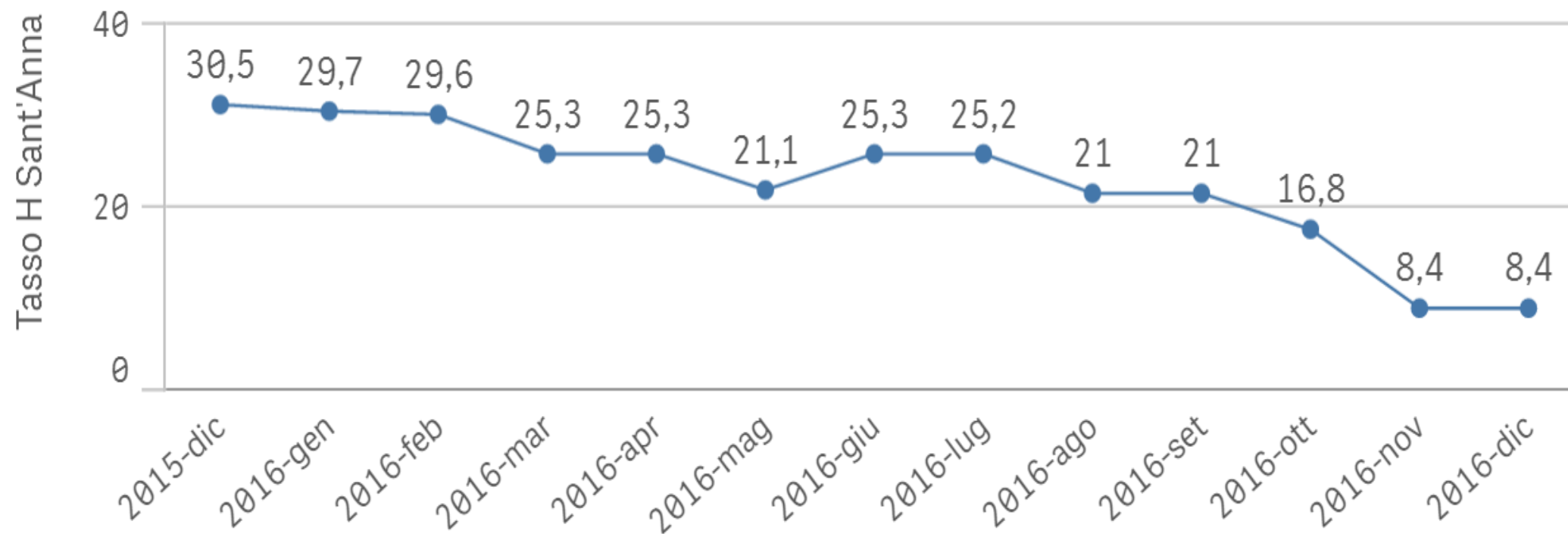
Prevalenza Ricoverati



ULSS 3 SERENISSIMA – DISTRETTO ex ULSS 14

tasso Ospedalizzazione Sant'ANNA

Prevalenza Ricoverati



Messaggi finali (RELAZIONE CARD 29/5/2015):

- 1) Molto lavoro da fare: non solo il PDTA ...!!!
- 2) Punti di partenza: registro di patologia e feedback periodico alle forme associative (ok fatto)
- 3) Formazione non solo dei MMG ma anche degli IP delle MGI con gli specialisti (ok fatto)
- 4) Capacità di **MISURARE** e restituire ai MMG (ed alle Direzioni Aziendali) gli indicatori previsti (Progetto PRITHA con 10 Aziende ULSS Venete)
- 5) Informazione scientifica collaborativa?

Per contatti:

stefano.vianello@aulss3.veneto.it