

Allegato a' ~~Decreto~~ del Commissario
ad ACTA

n. 51 del 17 NOV. 2011

REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**REPORTISTICA REGIONALE STANDARDIZZATA DEI CONSUMI
FARMACEUTICI TERRITORIALI**

gfb

Indice

| | |
|---|---|
| 1. Premessa | 3 |
| 2. Obiettivo del decreto | 4 |
| 3. Caratteristiche della reportistica | 4 |
| 4. Tipologia di reportistica prodotta | 4 |
| 5. Struttura dei dati | 5 |
| 6. Struttura della reportistica | 5 |
| 7. Metodologia per la costruzione della pagina 1 del report | 5 |
| 8. Tempistica per l'applicazione del sistema di valutazione | 9 |
| 9. Quantificazione della quota variabile (commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale e commi 14,15,16,17,18 art. 58 lett b) Pediatria di Libera scelta) e dei criteri per la sua distribuzione..... | 9 |

DAG

REPORTISTICA REGIONALE STANDARDIZZATA DEI CONSUMI FARMACEUTICI TERRITORIALI

I. Premessa

Tra le criticità che hanno portato nella Regione Abruzzo al superamento del tetto prefissato per la spesa farmaceutica, vi è un livello elevato di spesa pro-capite per farmaci prescritti sul territorio, un disallineamento dei dati di prescrizione registrati nelle singole ASL ed un'eterogeneità degli strumenti di monitoraggio che non consente un corretto benchmarking dell'attività prescrittiva tra le ASL ed i Medici della stessa ASL.

Con DGR n. 661 del 09 luglio 2007 avente ad oggetto "Progettazione ed attivazione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche mediante reportistica regionale standardizzata destinata ai medici prescrittori" – sono state fissate precise disposizioni inerenti il monitoraggio prescrizioni, trasmissioni dati spesa farmaceutica e la trasmissione dei flussi delle prescrizioni farmaceutiche a carico delle A.S.L.

Detta delibera prevedeva:

- la progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica uniforme per tutti i MMG (Medici di Medicina Generale), gruppi di Medici/associazioni, Pediatri di Libera Scelta (PLS), ASL;
- la raccolta ed organizzazione dei dati delle prescrizioni farmaceutiche e l'implementazione di un sistema di reportistica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori.

Il progetto è stato sviluppato con l'intento di migliorare il sistema informativo regionale a supporto della Medicina Generale in tutte le sue fasi principali, dalla raccolta all'elaborazione all'archiviazione di dati al fine di produrre e distribuire informazioni ai Medici prescrittori.

Nella regione Abruzzo, infatti, sino alla data di adozione della delibera succitata, la maggior parte delle sperimentazioni e/o implementazioni di budget per Medico era caratterizzata da approcci meccanicistici (a limitata concentrazione) focalizzati su singole componenti assistenziali (spesso la sola spesa farmaceutica) da obiettivi generali o poco personalizzabili, da contenuti informativi insufficienti o non allineati rispetto alle esigenze gestionali.

Con Decreto del Commissario ad acta n. 23/2011 del 08.07.2011 avente ad oggetto "INTERVENTI IN MATERIA FARMACEUTICA AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA SPESA E DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - MODIFICA E INTEGRAZIONE D.G.R. N. 1086 DEL 02.10.2006 E N. 1539 DEL 27.12.2006." la Regione Abruzzo ha intrapreso un articolato percorso per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia in ambito ospedaliero che territoriale nonché per perseguire un contenimento della spesa farmaceutica nel suo complesso.

Parte integrante del citato decreto 23/2011, è il documento "Metodologia del sistema di valutazione per i Medici di Medicina Generale", il quale prevede l'applicazione di un sistema di valutazione per i MMG che migliorano la loro appropriatezza prescrittiva nonché definisce i MMG "altospendenti" la cui attività prescrittiva va monitorata dalle ASL tramite la costruzione di indicatori *ad hoc*.



2. Obiettivo del decreto

L'obiettivo del decreto in oggetto, è dare una indicazione chiara alle ASL per la produzione e diffusione di informazioni rilevanti per la pratica prescrittiva ossia di informazioni in grado di orientare scelte e comportamenti dei professionisti coinvolti.

Oltre ai contenuti esplicitati dalla delibera n. 661 del 09 luglio 2007 relativamente ai report per i medici, il decreto in oggetto si propone di stabilire la metodologia per la costruzione di indicatori diretti al monitoraggio della spesa attribuita ai medici prescrittori per l'applicazione del sistema di valutazione.

3. Caratteristiche della reportistica

Le principali caratteristiche della reportistica standardizzata sono tre: gli indicatori, la classificazione dei farmaci e la standardizzazione dei dati di consumo.

a) Gli indicatori. L'attività prescrittiva di ogni medico, gruppo di medici, Azienda USL, Regione, è descritta da tre indicatori standardizzati per età e sesso dei pazienti assistiti: la spesa per assistibile, al lordo di eventuali sconti e ticket sostenuti dai pazienti, le DDD per 1000 assistiti die e il costo medio DDD. Per riferire i consumi alla popolazione effettivamente trattata dal medico, vengono aggiunti altri due indicatori: incidenza % dei trattati sugli assistibili, spesa per trattato. Per i report del singolo medico e dei gruppi di medici, questi indicatori sono confrontati con la media della ASL di appartenenza e rispetto alla media regionale. Tutti gli indicatori sono confrontati con gli indicatori del medesimo periodo dell'anno precedente tramite il calcolo di variazioni percentuali (confronto temporale/trend prescrittivo).

b) La classificazione dei farmaci. Viene utilizzata la classificazione ATC (Classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica), utilizzata a livello internazionale per rendere confrontabili le analisi sull'uso dei farmaci.

c) Standardizzazione dei dati. Il sistema di pesi per sesso ed età utilizzato dall'Osservatorio nazionale sul consumo dei medicinali (OsMed) verrà applicato alla popolazione degli assistibili per medico per effettuare una standardizzazione degli indicatori di consumo e spesa in modo da eliminare la distorsione indotta dai differenti carichi assistenziali propri di ogni medico in quanto 'amplificati/alleggeriti' da maggiori quote di anziani/giovani.

4. Tipologia di reportistica prodotta

La reportistica, uniforme per tutti i Medici di Medicina Generale e gruppi di medici, contiene le seguenti informazioni:

- caratteristiche demografiche della popolazione assistita;
- spesa e consumo medi (Spesa x assistibile; DDDx1000 assistibili/die; incidenza % dei trattati sugli assistibili, costo medio DDD, spesa per trattato) pesati per sesso e età, calcolati per diversi livelli di aggregazione (Medico/gruppo, Distretto, ASL) e confrontati sia con quelli della ASL di riferimento, sia con quelli regionali (confronto spaziale) e confrontati con gli indicatori del medesimo periodo dell'anno precedente tramite il calcolo di variazioni percentuali (confronto temporale); indicatori del ricorso ai farmaci generici e del rispetto degli obiettivi assegnati in merito a particolari classi di farmaci;

- grafici di spesa e consumo medi standardizzati che agevolino un confronto visivo fra gli indicatori del singolo medico/gruppo e i parametri di riferimento aziendali e regionali.
- Posizionamento del medico nelle fasce di spesa definite nell'allegato 2 del decreto n. 23/2011

5. Struttura dei dati

Nella Regione Abruzzo, basandosi sulla metodologia informatica dei DBMS (Data Base Management Systems), si raccolgono ed elaborano mensilmente, ponendoli in relazione, i seguenti flussi di dati:

1. le prescrizioni rimborsate dal Servizio Sanitario pubblico ai cittadini abruzzesi. I records presenti in questi archivi contengono tutte le informazioni relative alla singola prescrizione (es. codice farmacia, data di spedizione, codice del medico, numero di tessera sanitaria dell'assistito, codice MINSAN del farmaco, numero dei pezzi, prezzo, ecc.);
2. la base dati anagrafica degli assistiti;
3. la base dati anagrafica dei medici;
4. la base dati anagrafica dei farmaci aggiornata mensilmente (garantisce l'identificazione standardizzata del prodotto farmaceutico a livello nazionale);
5. la base dati delle DDD (Defined Daily dose) opportunamente "tradotta" per i prodotti farmaceutici inseriti nel prontuario italiano.

6. Struttura della reportistica

In ottemperanza a quanto disposto dal citato decreto n.23/2011, le AA.SS.LL. provvederanno ad inviare un report ai propri medici con **cadenza mensile**.

Tale report deve essere costituito da tre pagine.

Nella **prima pagina** sono contenute le informazioni sulla Spesa pro capite (SpC) del medico/gruppo in relazione al monitoraggio per l'applicazione del sistema di valutazione la cui metodologia è riportata nell'allegato 2 del decreto 23/2011. Di seguito è riportata la metodologia per la costruzione degli indicatori della pagina 1 del report.

Nella **seconda pagina** è riportato un quadro generale degli indicatori relativi all'attività prescrittiva del periodo oggetto di analisi del medico/gruppo. Sono inoltre riportati i confronti con i dati medi distrettuali e aziendali e l'andamento temporale di alcuni indicatori.

Nella **terza pagina** viene riportata la posizione del medico/gruppo rispetto agli obiettivi dati dalla Regione a ciascuna ASL per la prescrizione di farmaco genericato all'interno di alcune categorie terapeutiche. Per l'anno 2011 gli obiettivi sono quelli definiti nell'anno 2010, per l'anno 2012 sono in fase di definizione.

Le tre pagine della reportistica in oggetto sono allegato al presente documento (all. A)

7. Metodologia per la costruzione della pagina 1 del report

Come premessa alla metodologia per la costruzione degli indicatori, si riportano le fasce di SpC che costituiscono lo schema di collocazione dei medici per l'anno 2011 (Tabella 1) e gli indici di stagionalità che dovranno essere utilizzati per costruire le proiezioni a tutto l'anno della SpC relativa ad uno o più mesi (Tabella 2).

Tabella 1 – Fasce di spesa pro-capite secondo l'allegato 2 del decreto n. 23/2011.

| Fascia | Spc (€) | |
|-----------------------------|---------|-----|
| | da | a |
| A | min | 125 |
| B | 126 | 165 |
| C | 166 | 205 |
| MEDIA ASL best-in-class 205 | | |
| A1 | 206 | 245 |
| B1 | 246 | 285 |
| C1 | 286 | max |

Tabella 2 – Indici di stagionalità.

| Periodo | Fattore stagionale* |
|-----------|---------------------|
| Gennaio | 1,049 |
| Febbraio | 1,036 |
| Marzo | 1,031 |
| Aprile | 1,012 |
| Maggio | 1,053 |
| Giugno | 1,026 |
| Luglio | 0,993 |
| Agosto | 0,838 |
| Settembre | 1,003 |
| Ottobre | 1 |
| Novembre | 1,004 |
| Dicembre | 0,955 |

* La destagionalizzazione della Spc è necessaria per depurare l'indicatore degli effetti di stagionalità a cui è soggetto il fenomeno delle prescrizioni mediche. Vengono utilizzati gli indici di stagionalità elaborati dall'OsMed per l'anno 2010 che derivano dalla scomposizione della serie temporale mensile delle quantità prescritte espresse in DDD nel periodo 2001-2010.

gfb

Struttura del report per l'anno 2011

Lo schema seguente elenca i campi che dovranno essere riportati nella prima pagina del report.

| |
|--|
| 1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc) |
| a) <i>Spc Anno 2010</i> |
| b) <i>Posizione anno 2010</i> |
| c) <i>Spc rilevata periodo gennaio-giugno 2011</i> |
| d) <i>Spc proiezione anno su base I semestre 2011</i> |
| e) <i>Posizione secondo proiezione</i> |
| 2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione |
| f) <i>Periodo monitoraggio</i> |
| g) <i>Spc rilevata</i> |
| h) <i>Spc destagionalizzata</i> |
| i) <i>Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i> |
| j) <i>Posizione secondo proiezione</i> |

La prima parte dello schema che riporta i dati storici di Spc viene presentato ai MMG soltanto fino alla fine dell'anno 2011. Da gennaio 2012 viene riportata soltanto la seconda parte.

1 - Dati storici di spesa pro-capite (Spc)

- a) Spesa pro-capite relativa all'anno 2010 da cui sono stati esclusi i farmaci prescritti appartenenti al PHT tranne le eparine.
- b) Posizionamento in una delle fasce secondo la Tabella 1.
- c) Spesa pro-capite relativa al I semestre 2011 da cui sono stati esclusi i farmaci prescritti appartenenti al PHT tranne le eparine.
- d) Spesa pro-capite stimata utilizzando i dati mensili del I semestre 2011 aggiustati per la stagionalità.
- e) Posizionamento in una delle fasce della proiezione della Spc su base I semestre secondo la Tabella 1.

DFB

Metodologia per il punto d) Spesa pro-capite stimata utilizzando i dati mensili del I semestre 2011

Tabella 3 – Metodo per la stima della Spc annua su base I semestre 2011. (I dati riportati nell'esempio riguardano la Spc lorda della Regione Abruzzo nel I semestre 2011 – Fonte SFERA)

| Mese | Spc I sem 2011 | Indici di stagionalità | Spc destagionalizzata | Stima Spc=Spc_media*S |
|---|----------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Y | S | X=Y/S | |
| Gen | 20,53 | 1,049 | 19,58 | |
| Feb | 18,87 | 1,036 | 18,22 | |
| Mar | 20,99 | 1,031 | 20,36 | |
| Apr | 19,09 | 1,012 | 18,86 | |
| Mag | 20,11 | 1,053 | 19,10 | |
| Giu | 18,95 | 1,026 | 18,47 | |
| Lug | - | 0,993 | - | (19,10 x 0,993)=18,96 |
| Ago | - | 0,838 | - | (19,10 x 0,838)=16,00 |
| Set | - | 1,003 | - | (19,10 x 1,003)=19,15 |
| Ott | - | 1 | - | (19,10 x 1)=19,10 |
| Nov | - | 1,004 | - | (19,10 x 1,004)=19,17 |
| Dic | - | 0,955 | - | (19,10 x 0,955)=18,24 |
| TOT (previsione anno)=somma di Spc osservata per il I semestre e Spc stima per il II semestre | | | | 229,17 |

dove:

- Spc_media calcolata come media aritmetica della Spc destagionalizzata relativa ai primi 6 mesi;

$$\text{Spc_media} = (19,58 + 18,22 + 20,36 + 18,86 + 19,10 + 18,47) / 6 = 19,10$$

- la stima delle Spc relative ai mesi di lug, ago, set, ott, nov e dic è data dal prodotto della Spc_media con gli indici di stagionalità;

la stima della Spc per l'intero anno è data dalla somma della Spc osservata relativamente al I semestre con la somma della stima Spc effettuata come nella tabella precedente.

2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione

- Mesi per i quali si applica il monitoraggio
- Spc del periodo monitoraggio
- Spc destagionalizzata ottenuta dividendo la Spc mensile per il relativo indice di stagionalità e sommando le Spc mensili

$$\text{Spc destagionalizzata (mese)} = \text{Spc (mese)} / \text{Indice di stagionalità}$$

- Spc stimata moltiplicando il valore della Spc destagionalizzata relativa ad n mesi (punto h) per 12/n.

gfb

$\text{Spc anno (proiezione)} = \text{Spc destagionalizzata (mese o periodo di n mesi)} \times 12/n$

- j) Posizionamento in una delle fasce della proiezione della Spc su base periodo di monitoraggio secondo la Tabella 1. La Spc anno stimata ci permette di collocare il MMG nello schema del sistema valutazione e di definire la nuova fascia di appartenenza in base alla Spc osservata nel periodo di monitoraggio.

Il confronto tra la Spc annua stimata utilizzando i dati del I semestre 2011 e la Spc annua stimata utilizzando i dati a partire da luglio 2011 permette al medico di verificare l'effetto dell'applicazione del sistema di valutazione.

8. Tempistica per l'applicazione del sistema di valutazione

Si premette che ogni volta che si indica un periodo temporale si intende il tempo di rilevazione dei dati e quindi, quando si indica un mese ci si riferisce ai dati rilevati in quel mese.

Il 1° luglio 2011 inizia il monitoraggio.

Il 1° ottobre 2011 inizia il periodo per la valutazione che viene effettuata sulla base dati del IV trimestre 2011.

Utilizzando i dati del IV trimestre 2011 dunque, il medico/gruppo viene collocato nelle fasce di Spc per effettuare il riposizionamento sulla base del quale viene applicato il sistema di valutazione.

Utilizzando i dati dell'intero anno 2011 vengono calcolate la media e la deviazione standard necessarie per la definizione delle fasce di Spc in cui collocare i medici/gruppi per la valutazione dell'anno 2012.

Nel 2012 il monitoraggio sarà mensile e la valutazione sarà effettuata con i dati dell'intero anno.

9. Quantificazione della quota variabile (commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale e commi 14,15,16,17,18 art. 58 lett b) Pediatria di Libera scelta) e definizione dei criteri per la sua distribuzione

In conseguenza della valutazione fatta sul singolo medico o gruppo di medici nell'ultimo trimestre del 2011, verrà distribuita la quota variabile da ACN (Governo Clinico), commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale, pari a ¼ di 3,08 Euro per assistito.

La parte di quota variabile, teoricamente distribuita in parti uguali tra tutti i medici di Medicina Generale, sarà assegnata al singolo medico nella percentuale riportata nella tabella seguente, in base alla appartenenza ad una delle classi di z-score definite dall'allegato 2 del Decreto del Commissario ad acta n. 23/2011 del 08.07.2011.

| | Non altospendenti | | | Altospendenti | | |
|----------------------------|-------------------------------|---|---|---|---|----------------------------|
| | A | B | C | A1 | B1 | C1 |
| | $z \leq -2$ | $z > -2$ e $z \leq -1$ | $z > -1$ e $z \leq 0$ | $z > 0$ e $z \leq 1$ | $z > 1$ e $z \leq 2$ | $z > 2$ |
| Classi | $\text{Sp}c \leq 125\text{€}$ | $125\text{€} < \text{Sp}c \leq 165\text{€}$ | $165\text{€} < \text{Sp}c \leq 205\text{€}$ | $205\text{€} < \text{Sp}c \leq 245\text{€}$ | $245\text{€} < \text{Sp}c \leq 285\text{€}$ | $\text{Sp}c > 285\text{€}$ |
| Parte di quota variabile % | 100 | 100 | 100 | 30 | 10 | 0 |

epb

Nell'anno 2012, con gli stessi criteri, sarà distribuita l'intera quota variabile da ACN (Governo Clinico), commi 15,16,17,18,19,20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale, pari a 3,08 Euro per assistito.

La parte di quota variabile non distribuita ai medici altospendenti non sarà attribuita ai medici non altospendenti.

I criteri per la distribuzione della quota variabile relativi all'ultimo trimestre dell'anno 2011 e per l'anno 2012 per i Pediatri di Libera scelta saranno definiti con successivo provvedimento.



Allegato "A"
Struttura della Reportistica
Pagina 1 di 3

Pagina 1 per l'anno 2011

Medico o gruppo

| |
|--|
| 1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc) |
| <i>a) Spc Anno 2010</i> |
| <i>b) Posizione anno 2010</i> |
| <i>c) Spc rilevata periodo gennaio-giugno 2011</i> |
| <i>d) Spc proiezione anno su base I semestre 2011</i> |
| <i>e) Posizione secondo proiezione</i> |
| 2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione |
| <i>f) Periodo monitoraggio</i> |
| <i>g) Spc rilevata</i> |
| <i>h) Spc destagionalizzata</i> |
| <i>i) Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i> |
| <i>j) Posizione secondo proiezione</i> |

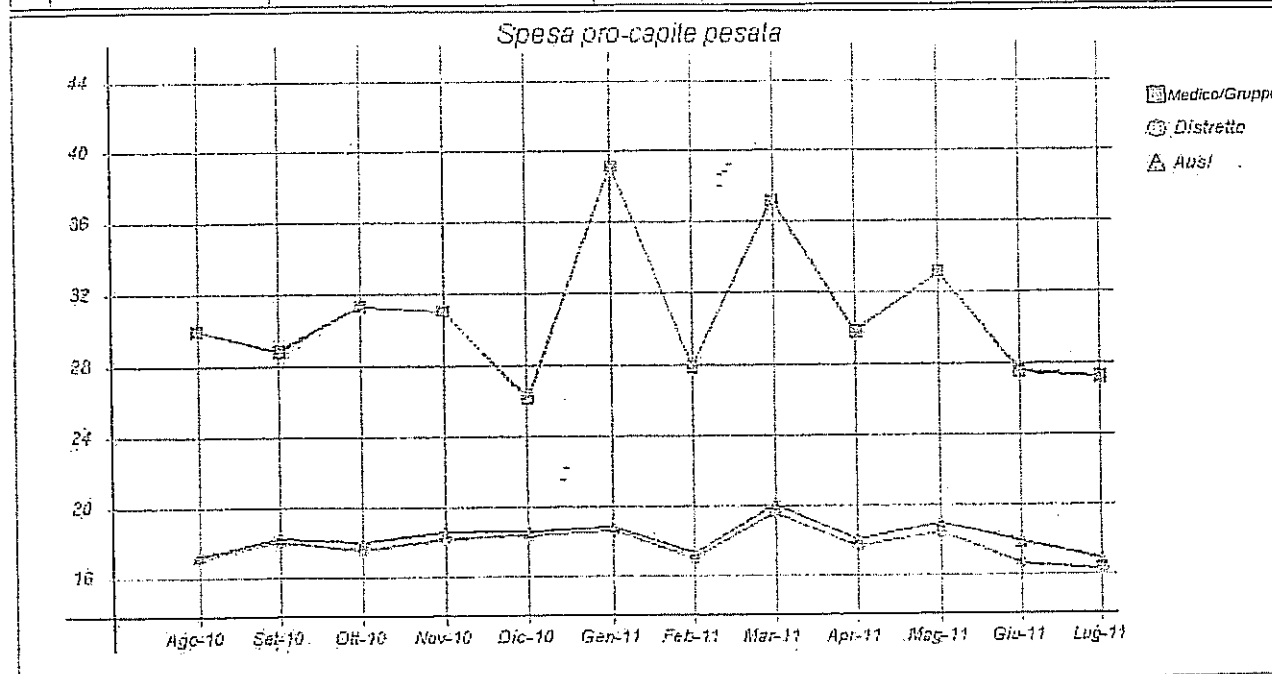
Pagina 1 per l'anno 2012 e successivi

Medico o gruppo

| |
|--|
| 1 - Dati storici spesa pro-capite (Spc) |
| <i>a) Spc Anno precedente</i> |
| <i>b) Posizione anno precedente</i> |
| 2 - Dati monitoraggio spesa per l'applicazione del sistema di valutazione |
| <i>f) Periodo monitoraggio</i> |
| <i>g) Spc rilevata</i> |
| <i>h) Spc destagionalizzata</i> |
| <i>i) Spc proiezione anno su base periodo monitoraggio</i> |
| <i>j) Posizione secondo proiezione</i> |

| POPOLAZIONE | | | VALORI ASSOLUTI dell'attività prescrittiva di tutto il periodo | | | |
|-------------|---|--------------------------|--|---|---------------------------|------------|
| T a b | A | Numero assistibili | 516 | D | N. ricette | 4.698 |
| | B | Popolazione pesata (1) | 455 | E | N. confezioni | 7.646 |
| 1 | C | % Popolazione > 65 anni | 16,5% | F | Spesa lorda | 101.227,78 |
| | | >65 su totale ass.li MMG | 25,3% | G | N. assistiti trattati (2) | 658 |
| | | | | H | DDD (3) | 140.222,7 |

| T a b | Indicatori dell'attività prescrittiva | | Medico | Distretto (4) | Asl (4) | △ = scostamenti % Medico vs: | | |
|-------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------------------------|-----------|--------|
| | | | | | | Anno Precedente | Distretto | Asl |
| 3 | I = G / A * 100 | Inc. % Trattati su Ass.li in carico | 127,5% | 70,75% | 71,62% | -0,07% | 80,24% | 78,05% |
| | J = F / B | Spesa pro-capite pesata | 222,48 | 124,26 | 126,27 | -3,76% | 79,04% | 76,19% |
| | K = H / B * 1.000/die | DDD 1000 assistibili pesati die | 1.453,69 | 983,98 | 1.032,08 | 7,45% | 47,74% | 40,85% |
| | L = F / H | Costo medio DDD | 0,72 | 0,60 | 0,58 | -11,1% | 20,00% | 24,14% |
| | M = F / G | Spesa per trattato | 153,84 | 175,89 | 183,66 | -3,03% | -12,5% | -16,2% |



| Spesa ulteriore dei propri pazienti generata da altri medici | | | N° Pezzi equivalenti(5) e non | | Spesa PHT:€ | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--------------|---|--|---|--|--|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|-------------------|--|--------|--------|--------|
| Medico | Spesa | % sul Totale | Eq. che generano Tck | Eq. che non generano Tck | Non equivalenti | 10.305,31 | | | | | | | | | | | | | |
| Guardie med. | 22,37 | 1,27% | | | | Spesa attesa a Gen. - Lug. € 52.743,60 | Spesa effettiva a Gen. - Lug. € 101.227,78 | Differenza € 48.484,18 +91,92% | | | | | | | | | | | |
| Spec. e osp. | 914,55 | 51,88% | Spesa PHT:€ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altri MMG | 615,99 | 34,95% | | Spesa attesa a Gen. - Lug. € 52.743,60 | Spesa effettiva a Gen. - Lug. € 101.227,78 | Differenza € 48.484,18 +91,92% | | | | | | | | | | | | | |
| Altri medici | 209,75 | 11,90% | Spesa PHT:€ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [N] Totale | 1.762,66 | | | Spesa attesa a Gen. - Lug. € 52.743,60 | Spesa effettiva a Gen. - Lug. € 101.227,78 | Differenza € 48.484,18 +91,92% | | | | | | | | | | | | | |
| [O] = [N] + [F] | 102.990,44 | | Spesa PHT:€ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % altri medici su tot. medico | | 1,71% | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medico</th> <th>Asl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42,58%</td> <td>40,59%</td> </tr> <tr> <td>17,98%</td> <td>22,93%</td> </tr> <tr> <td>39,44%</td> <td>36,42%</td> </tr> </tbody> </table> | | Medico | Asl | 42,58% | 40,59% | 17,98% | 22,93% | 39,44% | 36,42% | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">% su totale spesa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico</td> <td>10,18%</td> </tr> <tr> <td>Asl(4)</td> <td>12,26%</td> </tr> </tbody> </table> | % su totale spesa | | Medico | 10,18% | Asl(4) |
| Medico | Asl | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42,58% | 40,59% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17,98% | 22,93% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39,44% | 36,42% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % su totale spesa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medico | 10,18% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asl(4) | 12,26% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SPESA pro-capite pesata: scost. % dalla Media ASL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">+76,19%</td> </tr> </tbody> </table> | | SPESA pro-capite pesata: scost. % dalla Media ASL | | +76,19% | | | | | | | | | | | | |
| SPESA pro-capite pesata: scost. % dalla Media ASL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| +76,19% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1) pesatura in base a età e sesso (pesi Osmed) e riproporzionata. - 2) Assistiti con almeno una prescrizione contesi una sola volta.
 3) DDD = dose media giornaliera di un farmaco, per la sua indicazione principale, in un paziente adulto
 4) Media dei medici MMG. - 5) Farmaci con principio attivo con brevetto scaduto.

9/3

Allegato "A"
Struttura della reportistica
Pagina 3 di 3

Pagina 3 riferita ai Medici di Medicina Generale

| Indicatore | Obiettivo | Rilevato | Scostamento rispetto all'obiettivo |
|--|-----------|----------|------------------------------------|
| Nuovi trattati con farmaci antipertensivi diversi dai sartani, da soli o in associazione, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi | | | |
| Trattati con sartani a brevetto scaduto sul totale dei trattati con sartani | | | |
| Trattati con Ace inibitori a brevetto scaduto sul totale dei trattati con Ace inibitori | | | |
| Trattati con calcio antagonisti a brevetto scaduto sul totale dei trattati con calcio antagonisti | | | |
| Trattati con PPI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con PPI | | | |
| Trattati con amoxicillina da sola o in assoc. con ac. clavulanico sul totale dei trattati con antibiotici | | | |
| Trattati con macrolidi/fluorochinoloni a brevetto scaduto sul totale dei trattati con macrolidi/fluorochinoloni | | | |
| Trattati in terapia continuativa con statine sul totale dei trattati con statine | | | |
| Trattati statine a brevetto scaduto sul totale dei trattati con statine | | | |
| Trattati con Acido Aledronico da solo o in associazione a vit D sul totale dei trattati con farmaci della nota 79 (escludendo Teriparatide e ormone Paratiroideo) | | | |
| Nuovi trattati con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie diversi da ICS/LABA a dosi fisse sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi delle vie respiratorie | | | |
| Trattati con SSRI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con SSRI | | | |

Pagina 3 riferita ai Pediatri di Libera Scelta

| Indicatore | Obiettivo | Rilevato | Scostamento rispetto all'obiettivo |
|--|-----------|----------|------------------------------------|
| Nuovi trattati con farmaci antipertensivi diversi dai sartani, da soli o in associazione, sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi | | | |
| Trattati con sartani a brevetto scaduto sul totale dei trattati con sartani | | | |
| Trattati con Ace inibitori a brevetto scaduto sul totale dei trattati con Ace inibitori | | | |
| Trattati con calcio antagonisti a brevetto scaduto sul totale dei trattati con calcio antagonisti | | | |
| Trattati con PPI a brevetto scaduto sul totale dei trattati con PPI | | | |
| Trattati con amoxicillina da sola o in assoc. con ac. clavulanico sul totale dei trattati con antibiotici | | | |
| Trattati con macrolidi/fluorochinoloni a brevetto scaduto sul totale dei trattati con macrolidi/fluorochinoloni | | | |
| Trattati statine a brevetto scaduto sul totale dei trattati con statine | | | |
| Nuovi trattati con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie diversi da ICS/LABA a dosi fisse sul totale dei nuovi trattati con farmaci per i disturbi delle vie respiratorie | | | |

gfr