

Oggetto: ACR Veneto**Data:** venerdì 13 gennaio 2012 01:19**Da:** Pio Attanasi <p.attanasi@tin.it>**A:** <robertolala@sumaiweb.it>, Roberto Lala <roberto.lala@alice.it>, Rosaria <rosarialibassi@sumaiweb.it>, <giuseppenielfi@sumaiweb.it>, 'Giuseppe' <giuseppe.nielfi@gmail.com>, <antoniomagi@sumaiweb.it>, 'antonio magi' <antonio.magi@fastwebnet.it>

Carissimi vi mando la delibera che finalmente sono riuscito a far approvare. A presto
Pio

--

Il messaggio e' stato analizzato alla ricerca di virus o contenuti pericolosi da **MailScanner** <<http://www.mailscanner.info/>> , ed e' risultato non infetto.



ALLEGATO A Dgr n. 2338 del 29/12/2011 pag. 1/3

**ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE.
LINEE DI INDIRIZZO E OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE
DELLA DGR N. 41 DEL 2011 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA**

Contesto

L'attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale è quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Gli specialisti ambulatoriali operano quasi esclusivamente in poliambulatori e consultori distrettuali o in ambulatori ospedalieri.

La tendenza che si registra in tutte le Aziende e quella di avvicinare "fisicamente", nello stesso luogo o in sedi molto vicine gli specialisti ambulatoriali ai medici di medicina generale per ridurre gli spostamenti degli assistiti, ma anche per favorire la collaborazione diretta fra le due figure professionali per creare una reale continuità clinica, condividere linee guida e protocolli perseguendo gli obiettivi di governo clinico.

Occorre inoltre sviluppare maggiore sinergia tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema dell'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.

E' necessario responsabilizzare l'intero sistema (committenti e produttori) sul monitoraggio dei tempi di attesa, sulla stabilità dell'offerta e sul governo delle urgenze e sul miglioramento dell'accessibilità derivante dallo sviluppo di percorsi territoriali integrati e facilitati (Day Service) che rispondano in modo coerente ai bisogni diagnostici terapeutici di pazienti con particolari complessità cliniche ed alla cronicità.

Tale orientamento presenta indubbi vantaggi, ma non può rappresentare l'unico provvedimento. E' di fondamentale importanza che lo specialista ambulatoriale acquisisca una maggiore mobilità per assicurare le sue prestazioni anche nell'assistenza domiciliare e in quella residenziale.

Sviluppo della specialistica territoriale

L'assistenza specialistica è una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale, supporto necessario all'attività del medico di famiglia, erogata anche nell'ambito degli interventi domiciliari, presso strutture di ricovero intermedie e presso le strutture residenziali (Centri Servizi).

Lo specialista territoriale potrà operare presso le sedi distrettuali ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, venendo in ogni caso a configurarsi come consulente di riferimento per la medicina di famiglia e come specialista "d'organo" per la pediatria di libera scelta, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi.

In particolare, nell'ottica di potenziare l'integrazione multiprofessionale ed il consulto interdisciplinare, nonché di fornire una elevata integrazione funzionale tra Ospedale e Territorio, potranno essere sperimentati modelli innovativi di organizzazione delle strutture polispecialistiche territoriali.

Gli specialisti ambulatoriali interni, sulla base di accordi tra l'Università e la Regione, potranno svolgere attività di tutoraggio nei confronti degli specializzandi nei poliambulatori distrettuali.

Organizzazione in rete

Il Sistema delle cure primarie "primary care" richiede una rimodulazione organizzativa dell'Assistenza Sanitaria sul Territorio. L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie

Stampato il 13/01/2012
ore 10:00
S. 00/062

Struttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione Programmazione
SanitariaPresidente
Vicepresidente
Assessori

Luca	Zaia		
Marino	Zorzato		
Renato	Chisso		
Roberto	Ciambetti		
Luca	Coletto		
Maurizio	Conte		
Marialuisa	Coppola		
Elena	Donazzan		
Marino	Finozzi		
Massimo	Giorgetti		
Franco	Manzato		
Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival		

P	A

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2338 del 29/12/2011

OGGETTO: Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – specialistica ambulatoriale interna.

NOTE PER LA TRASPARENZA: riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, tramite la Specialistica ambulatoriale interna.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il territorio regionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali che assicurino continuità di cure. Uno degli orientamenti perseguiti nel tempo è stato quello di rendere i cittadini soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, per riuscire a trasformare il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute non solo come elemento di progresso locale, ma come diritto/dovere del singolo e della collettività, entrambi co-responsabili delle azioni finalizzate alla tutela della salute di individui, comunità e territori.

In questo contesto, ed in particolare con la DGR n. 41 del 18 gennaio 2011, è stato definito il nuovo assetto della Medicina convenzionata che prevede la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT, per superare l'organizzazione attuale a "compartimenti stagni" a favore di un sistema di gestione "articolato su più livelli" che, sempre più garantisca la gestione integrata dei cittadini in ambiti territoriali definiti. In quest'ottica, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale interno, vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, in modo da rimodulare l'offerta assistenziale secondo gli obiettivi di salute per il singolo e la comunità, definiti dalla programmazione regionale e aziendale e i criteri di equità, economicità, appropriatezza clinica e organizzativa. Tramite le forme a Rete delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale e si migliora la comunicazione tra i diversi livelli di assistenza e cura (preventivo, ospedaliero, territoriale), facendo in modo che il MMG, il PLS e lo SAI, diventino sempre più nodi fondamentali della rete territoriale, in grado di accompagnare e seguire i propri assistiti nel corso di un eventuale ricovero, di una dimissione protetta, utilizzando percorsi diagnostici e terapeutici condivisi.

L'integrazione tra diversi interventi finalizzati alla cura del paziente, costituisce l'obiettivo di qualità da raggiungere con le reti assistenziali delle AFT, nelle quali la Specialistica ambulatoriale interna è una importante componente. Gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali hanno il compito, nell'assistenza primaria, di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di sistema con i Medici di famiglia e di interconnessione con l'assistenza ospedaliera e gli altri servizi Aziendali.

Questi obiettivi si realizzano anche grazie all'impiego di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di tele consulto e telemedicina. L'organizzazione di una Rete Informatica e Telematica, a livello Distrettuale/Aziendale, crea il collegamento in tempo reale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti negli Ambulatori e nei Poliambulatori Aziendali (Distrettuali, Consultoriali, altri), i servizi distrettuali e le Unità Operative Ospedaliere.

L'attivazione della Rete comunicativa aziendale tra Specialisti ambulatoriali, Medici di famiglia, Servizi distrettuali ed ospedalieri fornisce una risposta sanitaria in tempo reale, efficace ed appropriata, mediante l'utilizzo di risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema.

Le forme di Rete di assistenza primaria, inoltre, consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dalla Programmazione Nazionale e Regionale e aumentandone l'adesione degli assistiti.

La formazione del Medico Convenzionato va considerata con particolare riguardo, insieme alle azioni formative già programmate per rendere tempestivamente operativi i principi esplicitati nel Disegno di Legge "PSSR 2012 – 2014" e costruire presupposti e condizioni utili ad assicurarne un'efficace applicazione.

Il presente documento, **allegato A**, ha lo scopo di evidenziare lo sviluppo del modello veneto per la Specialistica ambulatoriale interna (SAI) per l'attuazione del nuovo ACN 2006 – 2009, nell'ambito degli indirizzi contenuti nel Disegno di Legge "PSSR 2012 – 2014" all'esame del Consiglio regionale e dei provvedimenti regionali già adottati relativi all'assistenza territoriale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.

- Visti gli AACCN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.
- Vista la DGR n. 41 del 2011 ed i provvedimenti attuativi;
- Vista la DGR 600 del 13.3.2007 e successive integrazioni;

DELIBERA

1. di approvare il Documento, descritto nell'elaborato – **allegato A** al presente atto per costituire parte integrante ed essenziale, che evidenzia lo sviluppo del modello veneto per la Specialistica ambulatoriale interna (SAI) per l'attuazione del nuovo ACN 2006 – 2009, nell'ambito degli indirizzi contenuti nel Disegno di Legge "PSSR 2012 – 2014" all'esame del Consiglio regionale;

2. di autorizzare le Aziende a corrispondere agli SAI e alle altre professionalità, organizzati secondo le modalità di cui ai presenti indirizzi, la quota delle risorse fissata nell'ACN per la contrattazione regionale con la decorrenza in esso prevista, a carico dei fondi iscritti nel bilancio aziendale per i rinnovi contrattuali;
3. di sottoporre al Comitato regionale per la Specialistica Ambulatoriale Interna il presente atto per gli adempimenti conseguenti;
4. di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione il presente atto.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia

RR\is
(APS_assistenza_territoriale_cure_primarie_sai_DGR)



**ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE.
LINEE DI INDIRIZZO E OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE
DELLA DGR N. 41 DEL 2011 - SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA**

Contesto

L'attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale è quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Gli specialisti ambulatoriali operano quasi esclusivamente in poliambulatori e consultori distrettuali o in ambulatori ospedalieri.

La tendenza che si registra in tutte le Aziende è quella di avvicinare "fisicamente", nello stesso luogo o in sedi molto vicine gli specialisti ambulatoriali ai medici di medicina generale per ridurre gli spostamenti degli assistiti, ma anche per favorire la collaborazione diretta fra le due figure professionali per creare una reale continuità clinica, condividere linee guida e protocolli perseguendo gli obiettivi di governo clinico.

Occorre inoltre sviluppare maggiore sinergia tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema dell'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.

E' necessario responsabilizzare l'intero sistema (committenti e produttori) sul monitoraggio dei tempi di attesa, sulla stabilità dell'offerta e sul governo delle urgenze e sul miglioramento dell'accessibilità derivante dallo sviluppo di percorsi territoriali integrati e facilitati (Day Service) che rispondano in modo coerente a bisogni diagnostici terapeutici di pazienti con particolari complessità cliniche ed alla cronicità.

Tale orientamento presenta indubbi vantaggi, ma non può rappresentare l'unico provvedimento. E' di fondamentale importanza che lo specialista ambulatoriale acquisisca una maggiore mobilità per assicurare le sue prestazioni anche nell'assistenza domiciliare e in quella residenziale.

Sviluppo della specialistica territoriale

L'assistenza specialistica è una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale, supporto necessario all'attività del medico di famiglia, erogata anche nell'ambito degli interventi domiciliari, presso strutture di ricovero intermedie e presso le strutture residenziali (Centri Servizi).

Lo specialista territoriale potrà operare presso le sedi distrettuali ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, venendo in ogni caso a configurarsi come consulente di riferimento per la medicina di famiglia e come specialista "d'organo" per la pediatria di libera scelta, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi.

In particolare, nell'ottica di potenziare l'integrazione multiprofessionale ed il consulto interdisciplinare, nonché di fornire una elevata integrazione funzionale tra Ospedale e Territorio, potranno essere sperimentati modelli innovativi di organizzazione delle strutture polispecialistiche territoriali.

Gli specialisti ambulatoriali interni, sulla base di accordi tra l'Università e la Regione, potranno svolgere attività di tutoraggio nei confronti degli specializzandi nei poliambulatori distrettuali.

Organizzazione in rete

Il Sistema delle cure primarie "primary care" richiede una rimodulazione organizzativa dell'Assistenza Sanitaria sul Territorio. L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie

permette di ridisegnare i percorsi di cura, mirando alla ottimizzazione del sistema di Assistenza Sanitaria al Cittadino secondo indicazioni del recente P.S.N.: la rete, di cui sono parte essenziale e qualificante gli Specialisti Ambulatoriali Interni, sarà in grado di garantire la continuità dell'assistenza.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali si integrano nell'assistenza primaria con il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di sistema con i MMG, PLS e MCA, e di interconnessione con l'assistenza ospedaliera e gli altri servizi Aziendali.

L'organizzazione di una Rete Informatica e Telematica, a livello Distrettuale/Aziendale, crea il collegamento in tempo reale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti negli Ambulatori e nei Poliambulatori Aziendali (Distrettuali, Consultoriali, altri), i servizi distrettuali e le Unità Operative Ospedaliere.

L'attivazione della Rete comunicativa aziendale tra SAI, MMG, PLS, Servizi distrettuali ed ospedalieri fornisce una risposta sanitaria in tempo reale, efficace ed appropriata, mediante l'utilizzo di risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema.

Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT

Con la DGR n. 41 del 18 gennaio 2011 è stato avviato il nuovo assetto della medicina convenzionata che prevede la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT, per il superamento dell'organizzazione attuale a “compartimenti stagni” a favore di un sistema di gestione “articolato su più livelli” che, attraverso lo sviluppo della comunicazione tra i medici, integri le competenze e le risorse disponibili. In questo nuovo contesto di riorganizzazione della Assistenza Primaria, rientrano, anche, gli SAI.

La AFT è punto di riferimento per:

- integrazione multiprofessionale, coinvolgendo non solo Medici e Pediatri di famiglia ma anche Specialisti Ambulatoriali Interni, infermieri, assistenti sociali, amministrativi;
- valorizza la figura dello Specialista convenzionato individuandolo quale referente per i Medici di famiglia di una specifica area geografica/branca;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di “personalizzazione” delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi;
- attiva audit clinici organizzativi su specifici argomenti in collaborazione con MMG e PLS;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- si rivolge ad un bacino di popolazione fino a 30.000 abitanti/ distrettuale;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria di tutti gli attori delle Cure Primarie, mediante l'impiego di tecnologie informatiche e telematiche, permette di ridisegnare i percorsi di cura, mirando alla ottimizzazione del sistema di Assistenza Sanitaria al Cittadino, garantendone la continuità sul territorio.

Requisiti organizzativi:

- costituzione di percorsi ambulatoriali per patologia con il coinvolgimento di tutti gli Specialisti Ambulatoriali Interni di riferimento per le branche interessate;
- attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza;
- gestione degli accessi ai poliambulatori specialistici attraverso un servizio unico di prenotazione;
- utilizzo della rete informatica aziendale per il collegamento con i centri di prenotazione e la

trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi; connessione telematica tra i poliambulatori specialistici e gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

In merito sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale per adeguarlo alle necessità della AFT. Sarà, inoltre, verificata la possibilità di sostenere il procedimento per il passaggio a tempo indeterminato degli SAI che operano nella AFT, attraverso una azione pianificata avviata dall'Azienda.

Coordinatore di Rete

Gli SAI individuano un proprio Coordinatore per i rapporti con il Distretto afferenti alla gestione della rete assistenziale della specialistica ambulatoriale, nominato dall'Azienda ed uno di essi assumerà, anche, il ruolo di coordinatore aziendale partecipando come tale al collegio di direzione aziendale. Per lo svolgimento di tali compiti è previsto un incremento del 5% dei compensi di cui all'art.42 A quota oraria punti 1,2,3,4, B quota variabile 1a,b,c,d,e,g. ed all'art 50 comma 1 e 2.

La SAI realizza iniziative sperimentali di collaborazione con i MMG della AFT, ai fini di un uso appropriato della specialistica, attraverso una attività di supporto presso l'UTAP e le MdG. A tal fine saranno attivati progetti sperimentali su indicazione regionale. Tale attività aggiuntiva all'orario di incarico comporta il compenso previsto per l'attività esterna.(art 32 ACN).

Patti aziendali

- Quote A e B (3,10 + 1,35), per obiettivi aziendali conformi alla programmazione regionale;
- Quote C per Progetti Obiettivo regionali.

Appropriatezza

La DGR 3140/2010 stabilisce, come indirizzo per le aziende ULSS, la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa (di cui alla DGR 600/2007 e successive integrazioni) nonché l'ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante, ponendo come obiettivo da raggiungere per il 2011 un numero di prestazioni pro capite/anno (escluse le prestazioni di laboratorio) inferiore a 4. Premesso che il raggiungimento dell'obiettivo è legato a numerosi fattori, è importante per le Aziende coinvolgere anche gli SAI nel raggiungimento di tale risultato strategico.

La riduzione del numero di prestazioni pro-capite prescritte deve essere conseguita mediante la condivisione e applicazione di PDTA, definiti in collaborazione con i MMG, finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza diagnostico-prescrittiva, soprattutto laddove tale inappropriata determini sovrapprescrizione. Ciò può comportare, in caso di esito positivo, il riconoscimento della quota D.

Attuazione

Per la partecipazione alle AFT, agli SAI e alle altre professionalità viene riconosciuto l'incremento contrattuale collegato alla contrattazione regionale, con le decorrenze fissate nell'ACN (quote 0,46/h tempo indeterminato SAI e Veterinari; 0,33/h tempo indeterminato altre professionalità; 0,44/h tempo determinato SAI, Veterinari e altre professionalità, dal 01.01.2010).

Il presente documento troverà attuazione mediante successivi indirizzi elaborati da appositi Tavoli tecnici composti di esperti regionali e aziendali e SAI indicati dalle OOSS di area aventi titolo.

Sulla base delle presenti disposizioni, per la parte immediatamente operativa, le Aziende garantiscono i LEA della SAI e, a tal fine, adeguano i Patti aziendali.