

DOCUMENTO BASE SU CUI IMPOSTARE I CONTENUTI DEL NUOVO AIR

“Individuazione delle modalità operative di partecipazione degli specialisti ambulatoriali interni nel processo di sviluppo di cure primarie, definizione di un modello-tipo coerente con i contenuti del nuovo ACN 2015 e con gli obiettivi della programmazione regionale”.

***“Tavolo Tecnico Regionale”
DDGSS n. 29 del 06/04/2016***

Il Documento, che costituisce la base di partenza per la formulazione dei contenuti del nuovo AIR, è stato elaborato dal Tavolo Tecnico regionale (DDGSS n. 29/2016) composto da:

↳ in rappresentanza dell'Amministrazione regionale e delle Aziende ULSS del Veneto:

Faronato Pierpaolo, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale dell'AULSS n. 9;
Finotto Rita, Direttore Sanitario dell'AULSS n. 12;
Gumirato Gino, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale dell'AULSS n. 16;
Santacaterina Mirco, Responsabile dell'Ufficio Gestione Economica-Giuridica Medicina Convenzionata dell'AULSS n. 4;
Barra Salvatore, Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale dell'AULSS n. 6;
Beltramello Cristina, Direttore di Distretto dell'AULSS n. 8.

↳ in rappresentanza della Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'ACN:

Attanasi Pio, SUMAI ASSOPROF,
Paganini Giancarlo, SUMAI ASSOPROF,
Tositti Gianfranco, SUMAI ASSOPROF,
Bettin Annalisa, Federazione CISL MEDICI,
Spangaro Francesco, UIL FPL Federazione Medici,
Venuleo Mario, FESPA

Coordinato da Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto, Direttore dell' Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA.

Con il supporto tecnico di:

Sig.ra Elisabetta Gandolfo, Ufficio Convenzioni Pediatria di base e Specialistica Ambulatoriale Interna,
Dott. Stefano Peripoli, collaboratore dell'U.O. Cure Primarie e LEA.

Sommario

A. MODELLO PER L'ATTUAZIONE DELLA AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT) DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA	1
Introduzione.....	1
A1. Obiettivi di Sistema	2
A2. Obiettivi di Appropriatezza.....	2
A2.1. Partecipazione alla governance	3
A3. Obiettivi di Salute.....	3
A4. Obiettivi specifici.....	4
A5. Il Modello organizzativo dell'AFT	4
A6. Organizzazione dell'AFT.....	6
A7. Attività delle AFT.....	7
A8. Riferimenti normativi.....	8
B. VISITE AMBULATORIALI PER GESTIONE CRONICITÀ E VISITE DOMICILIARI PER PAZIENTI FRAGILI	9
Introduzione.....	9
B1. La presa in carico del paziente cronico	9
B2. Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente.....	10
C. PERCORSI, PDTA E LISTE DI ATTESA	12
C1. Percorsi, PDTA.....	12
C2. Liste d'attesa	13
C3. Sintesi.....	14
D. SERVIZIO DI TELECONSULENZA TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI OSPEDALIERI-AMBULATORIALI INTERNI	16
D1. Teleconsulto - definizione.....	16
D2. Analisi del contesto	16
D3. Definizione del servizio	16
D4. Modalità operativa	16
D5. Requisiti minimi del servizio.....	17
D6. Problemi da risolvere	17
D7. Debito informativo.....	18
D8. Declinazione a livello Aziendale.....	18

A. MODELLO PER L'ATTUAZIONE DELLA AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT) DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Introduzione

Le disposizioni regionali rendono necessario un piano integrato di intervento per la tutela della salute della popolazione della Regione Veneto attraverso la definizione del nuovo assetto della Medicina convenzionata che prevede la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT (Art. 1, comma 2 ACN 2015 che richiama la legge 8 novembre 2012, n. 189), 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 (MMG), il pediatra di libera scelta (PLS) e lo specialista ambulatoriale interno (SAI) 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.

In questo ampio progetto di riorganizzazione complessiva del sistema sanitario regionale si inserisce l'attivazione delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna (Art. 4, comma 2, ACN 2015).

Le AFT e le integrazioni a Rete delle Cure Primarie facilitano la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli assistenziali, migliorano la comunicazione tra le diverse strutture Aziendali (Distretti, Dipartimento Prevenzione, Consultori, U.O. Ospedaliera, etc.), tra i diversi professionisti MMG, medici di continuità assistenziale (MCA), PLS e SAI, in relazione alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti, al fine di garantire la miglior presa in carico dell'assistito, perseguendo obiettivi di contenimento della spesa, di appropriatezza nell'uso delle risorse e la gestione delle liste d'attesa.

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 SAI e le altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali (PSA) 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.

Lo SAI è andato assumendo nel tempo le caratteristiche di "specialista di fiducia", costituendo punto di riferimento per gli assistiti e per MMG, MCA e PLS a garanzia di una completa assistenza alla persona.

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito territoriale, avviando le procedure previste (attivazione del tavolo negoziale aziendale per la Specialistica Ambulatoriale Interna, individuazione e programmazione delle AFT e dei rispettivi coordinatori e definizione dei relativi compiti).

La presente proposta risponde al mandato del tavolo tecnico regionale della Medicina Specialistica Ambulatoriale, previsto dalla DGR n. 953 del 18/06/2013, che emana le direttive per le Aziende Sanitarie della Regione per l'attivazione delle AFT.

Rinvio AIR:

- Art. 4, ACN 2015;

- Art. 5, comma 7, ACN 2015 "Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sulla base della programmazione regionale".

A1. Obiettivi di Sistema

Si individuano i seguenti obiettivi di Sistema:

1. dare attuazione all'ACN 17/12/2015 ed a quanto previsto dalla DGRV n. 2338 del 29/12/2011 nelle parti compatibili con l'ACN con la costituzione delle AFT della Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna e sviluppare sul territorio regionale un modello di assistenza che veda coinvolti i SAI e le altre PSA, assieme agli MMG, ai MCA, ai PLS (legge 8 novembre 2012, n. 189, art. n. 1, comma 3), prevedendo una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura dei poliambulatori territoriali), ma anche rispetto a determinati obiettivi di salute, con attivazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
2. attivare le reti assistenziali secondo obiettivi di salute e su definiti percorsi assistenziali, orientando le modalità organizzative dei servizi poliambulatoriali specialistici territoriali verso la continuità dell'assistenza h 12;
3. completare l'attivazione del flusso informativo informatico [Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), Ricetta Dematerializzata, certificati telematici di malattia, ecc.] ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati all'Azienda di appartenenza e, conseguentemente, anche ai SAI (Artt. 9 e 22, ACN 2015);
4. contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza ai fini di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale, nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
5. contribuire a ridurre le "fughe" soprattutto in relazione alle Specialità presenti in Azienda;
6. avviare un approccio professionale integrato con i diversi livelli della rete assistenziale e l'ottimizzazione della presenza dei SAI sul territorio in tutti i punti assistenziali delle cure primarie [Medicine di Gruppo Integrate (MGI), RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, ecc.].

A2. Obiettivi di Appropriatezza

Si individuano i seguenti obiettivi di appropriatezza:

1. garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica entro i limiti previsti dal SSR (DGR n. 2369 del 29/12/2011);
2. valorizzare l'attività di consulenza del SAI anche attraverso migliori e più articolate forme di comunicazione con il medico curante;
3. governare le liste d'attesa (DGR n. 320 del 12/03/2013);
4. garantire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al PS;
5. razionalizzare la spesa farmaceutica (Art. 22 ACN 2015).

A2.1. Partecipazione alla governance

I SAI, le altre PSA e i Medici Veterinari (MV) partecipano alla sostenibilità economica del Sistema Sanitario Regionale (SSR) attraverso l'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza.

Concorrono, quindi, al perseguimento degli obiettivi assegnati alle Aziende ULSS con specifico provvedimento regionale (gli standard si intendono regionali) per quanto di competenza.

Si riportano, a seguire, gli obiettivi di governance attribuiti alle Aziende ULSS:

ID	Obiettivo/Indicatore	Soglia 2016
A.3.1	<i>Tasso di ospedalizzazione</i>	135 ‰
	<i>Costo annuo pro-capite specialistica</i>	//
E.2.1	<i>Numero annuo prestazioni-specialistica</i>	Come previsto
D.3.2	<i>Costo annuo per residente-farmaceutica</i>	€ 114
E.1.1-3	<i>Rispetto protocolli prioritizzazione – indicazione di indicatore per liste di attesa</i>	100% quesito diagnostico con verifiche a campione (rilevazione trimestrale)
	<i>Rispetto dei tempi di attesa classe A</i>	≥ 90%
	<i>Rispetto dei tempi di attesa classe B</i>	≥ 90%
	<i>Rispetto dei tempi di attesa classe C</i>	100%

Le soglie di ogni specifico indicatore relativo alla Governance saranno oggetto di aggiornamento sulla scorta degli obiettivi che, di anno in anno, verranno assegnati alle Aziende ULSS con provvedimento regionale.

A3. Obiettivi di Salute

È obiettivo prioritario garantire la continuità delle cure attraverso la definizione e la condivisione di Percorsi Assistenziali Integrati per:

1. pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di reospedalizzazione, ove non adeguatamente assistiti, che necessitano di competenze clinico - gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio dove il Medico Curante si può avvalere della consulenza dei SAI;
2. pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali. Il percorso di presa in carico del paziente richiede una forte integrazione in team multidisciplinari (medico, fisioterapista, infermiere, psicologo, assistente sociale, etc.) nel luogo di cura, domicilio

del paziente o strutture protette, con la presenza programmata dei SAI di riferimento per patologia;

3. pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (malattie cardiovascolari, oncologiche, neurologiche e degenerative, diabete, BPCO, etc.), attraverso una programmazione dei controlli specialistici ("*medicina di iniziativa*") in base ai dati della "*medicina basata sull'evidenza*" e delle "*best practice*", secondo PDTA concordati e definiti a livello Aziendale.

Rinvio AIR :

- Rif. Art. 3, comma 4, ACN 2015 "*Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.*"

A4. Obiettivi specifici

Si individuano i seguenti obiettivi specifici:

1. condivisione di protocolli operativi nell'ambito di specifici percorsi assistenziali per patologie croniche prevalenti (broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, etc.);
2. incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;
3. razionalizzazione della prescrizione di protesi e ausili;
4. integrazione nelle forme organizzative evolute e nelle strutture (MGI, ospedali di comunità, RSA, Centri Servizi, RSA, ADI, URT, ecc.) con diverse modalità di accesso;
5. nell'ambito della formazione obbligatoria dello SAI ed delle altre PSA potranno essere previsti percorsi di aggiornamento professionale finalizzati allo sviluppo clinico-organizzativo anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle maggiori società scientifiche accreditate ed eventi comuni con gli altri professionisti dell'assistenza primaria;
6. l'attività di consulenza e di presa in carico del Paziente prevista per i SAI partecipanti alle AFT nel sistema in Rete delle Cure Primarie deve necessariamente prevedere un continuo percorso professionale dello specialista territoriale riguardante le tecnologie disponibili e la cura del paziente acuto, anche per superare diffuse posizioni di "*autoreferenzialità*" che non possono coesistere con un sistema di cure in continua evoluzione;
7. partecipazione a percorsi formativi condivisi, multiprofessionali e multidisciplinari.

A5. Il Modello organizzativo dell'AFT

L'AFT è l'aggregazione funzionale entro la quale operano obbligatoriamente i SAI, i MV e le altre PSA [art. 4, comm 1, ACN 2015] e contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le

AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto [art. 5, comma 2, ACN 2015].

La partecipazione alla AFT avverrà, comunque, secondo modalità e livelli di partecipazione/coinvolgimento differenziati, tenuto conto delle priorità e degli obiettivi definiti a livello regionale e/o aziendale, con particolare riferimento, nell'ordine:

1. alla gestione delle liste di attesa;
2. all'appropriatezza prescrittiva [Decreto Lorenzin, Catalogo Veneto Prescrivibile (CVP), quesito diagnostico, prioritarizzazione, etc.] rispetto di percorsi e di PDTA regionali e/o aziendali;
3. all'eventuale rientro nelle Best 11;
4. al supporto all'Assistenza Primaria per la realizzazione dei PDTA e dei percorsi aziendali;
5. alla gestione: delle cartella ambulatoriale e del referto informatizzato (per la realizzazione del FSE); della prescrizione con ricetta dematerializzata; alla (auto) prenotazione dei controlli successivi la presa in carico dell'assistito, mediante le strutture ed i sistemi messi a disposizione dall'Azienda.

Considerata la diversa presenza e distribuzione dei SAI nelle varie Aziende socio sanitarie della Regione Veneto, con situazioni che vanno da Branche/Specialità completamente ed unicamente gestite da SAI ad altre, invece, completamente gestite da personale dipendente, passando per realtà a presenza mista, andrà considerato l'effettivo ruolo ricoperto dallo SAI all'interno dell'organizzazione aziendale. Pertanto, il livello di partecipazione/coinvolgimento nella AFT sarà necessariamente ridotto e/o, comunque, marginale in relazione ai SAI che svolgano la loro attività in ambito ospedaliero o del Dipartimento di Prevenzione o in stretto collegamento e rapporto con esso; risulterà, invece, superiore per i SAI coinvolti nella gestione dei PDTA e dei percorsi individuati dalla Regione e/o a livello aziendale.

In attuazione della DGR n. 2271 del 10/12/2013 l'attività dei SAI farà riferimento all'Unità Operativa Attività Specialistiche o ad altra analoga funzione aziendale, che, abbia funzioni coerenti con quelle previste dall'ACN.

Indicativamente la dimensione del bacino delle AFT specialistiche potrà variare da un minimo di 30.000 abitanti ad un massimo di 100.000 abitanti, limiti che potranno essere derogati in relazione alle funzioni attribuite alle specifiche AFT e al mix di branche presenti. Le Aziende dovranno provvedere ad una programmazione annuale specifica da sottoporre alla Regione per l'autorizzazione tenendo conto dei seguenti parametri:

- a) distribuzione della popolazione;
- b) numero di poliambulatori specialistici;
- c) distribuzione delle Medicine di Gruppo (MdG) e MGI;
- d) distribuzione delle RSA e delle strutture intermedie;
- e) numero totale di SAI;
- f) numero delle AFT degli MMG.

L'Azienda, sentito il Comitato Zonale, assegna gli specialisti alle AFT e nomina i referenti di AFT (componenti del Collegio di direzione) scegliendo all'interno di una rosa di nomi indicati dai componenti dell'AFT.

Dalla istituzione della AFT il Coordinatore distrettuale di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi è sostituito dal Referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Con la medesima decorrenza il Coordinatore aziendale, qualora previsto da norme regionali, è sostituito dal Referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale.

Rinvio AIR:

- Rif. Art. 6, comma 1, ACN SAI 2015 "Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale"

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti componenti la AFT un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca (Art. n. 6, comma 2, ACN 2015).

A6. Organizzazione dell'AFT

L'attività dell'AFT è coordinata da un Referente di AFT, individuato con le modalità di cui all'art. 6 dell'ACN e, in caso di assenza, dal sostituto.

Rinvio AIR: FORMAZIONE

La formazione per le AFT dovrebbe svilupparsi a tre livelli: per i referenti AFT nominati, per i medici possibili candidati-referenti AFT, per i medici aderenti alle AFT. Andranno, altresì, definiti requisiti per l'accesso al percorso formativo.

Per favorire il percorso di aggregazione la Regione, tramite le Aziende, istituisce un Corso di Formazione per fornire le competenze richieste ai candidati Referenti di AFT, secondo i requisiti di cui all'art. 6, comma 2 dell'ACN. Nelle more della realizzazione del corso regionale, un precedente incarico di Responsabile di Branca è requisito sufficiente per ricoprire l'incarico di Referente di AFT.

La Regione, inoltre, tramite le Aziende, attiva percorsi formativi per i SAI partecipanti alle AFT.

I compiti dell'AFT si integrano con le attività del Distretto e dovranno essere coerenti con gli obiettivi del Distretto e dell'Azienda.

I compiti essenziali dell'AFT di cui all'art. 5, comma 4, ACN 2015, sono:

a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei LEA;

- b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- d) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA;
- e) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;
- f) partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
- g) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

Gli specialisti afferenti all'AFT possono operare:

- presso i poliambulatori specialistici distrettuali, ospedalieri, delle Aziende ospedaliere e degli IRCSS;
- presso i consultori familiari e le altre sedi distrettuali;
- presso gli studi delle MGI;
- presso le strutture intermedie e le RSA;
- nelle attività di formazione-informazione presso le scuole ed altre strutture pubbliche;
- presso i dipartimenti di prevenzione.

Sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale, come previsto dalla DGR n. 2338/2011, Allegato A), per l'assegnazione di nuovi incarichi SAI da dedicare ad attività specifiche presso le MGI e dall'ACN del 17/12/2015, art. 3, comma 7, nel rispetto della programmazione regionale.

Nella loro attività gli SAI afferenti alle AFT sono tenuti a:

- a) utilizzare la rete informatica aziendale per il collegamento con i centri di prenotazione e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi;
- b) utilizzare le cartelle informatiche – informative messe a disposizione dalle Aziende;
- c) utilizzare i sistemi di connessione telematica tra i poliambulatori specialistici, le AFT dei MMG e dei PLS, gli studi dei MMG e dei PLS e le altre strutture Aziendali.

A7. Attività delle AFT

Costituiscono attività proprie dell'AFT:

1. la presa in carico integrata della persona, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, facilitare i percorsi assistenziali dell'utente e ridurre le "fughe";

2. l'esecuzione di visite specialistiche periodiche pianificate (medicina d'iniziativa, controlli per patologia, screening e prevenzione, etc.);
3. la consulenza ai MMG e ai PLS anche nelle sedi delle MGI per la realizzazione di diagnosi precoci, la prevenzione di eventi acuti ed interventi tardivi anche attraverso progetti di riorganizzazione per la gestione dei codici bianchi;
4. la consulenza presso RSA, strutture intermedie e strutture residenziali per pazienti disabili e psichiatrici;
5. l'attuazione di percorsi ambulatoriali condivisi - PDTA aziendali per patologia - pianificati dal Responsabile di Branca Specialistica con il coinvolgimento di tutti i SAI di riferimento per le branche interessate;
6. lo sviluppo di ambulatori multi branca per specifiche patologie;
7. la messa a disposizione di fasce orarie dedicate alla consulenza telefonica/telematica;
8. l'attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza pediatrica (SAI d'organo);
9. la partecipazione a programmi di aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali, audit, percorsi di risk management;
10. la partecipazione all'individuazione degli indicatori aziendali finalizzati alla valutazione dell'attività della AFT.

Rinvio AIR:

- **Art. 5, comma 7, ACN 2015: Regolamento interno della AFT disciplinato da apposito Regolamento definito a livello aziendale, sulla base della programmazione regionale;**

A8. Riferimenti normativi

- DGR n. 41 del 18 gennaio 2011,
- DGR n. 1666 del 18 ottobre 2011,
- DGR n. 2338 del 29 dicembre 2011,
- D.L. n. 158 del 13 settembre 2012,
- DGR n. 953 del 18 giugno 2013,
- ACN SAI del 17 dicembre 2015.

B. VISITE AMBULATORIALI PER GESTIONE CRONICITÀ E VISITE DOMICILIARI PER PAZIENTI FRAGILI

Introduzione

La prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche impongono di attuare modelli assistenziali efficaci e che possano garantire la sostenibilità del sistema.

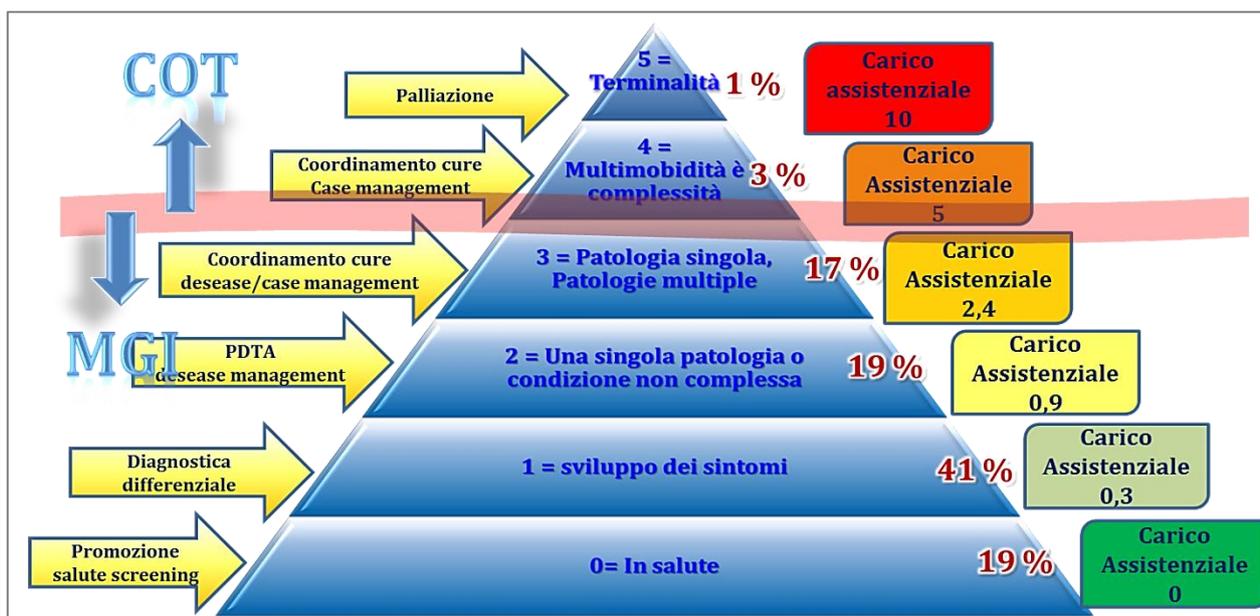
Il PSSN 2012-2016 individua, aderendo alle indicazioni internazionali, il Chronic Care Model come modello di risposta appropriata alla cronicità. Indica anche la necessità di una riorganizzazione delle cure primarie attraverso l'attivazione di forme associative evolute della medicina generale (MGI) e l'applicazione di PDTA per le malattie a maggior prevalenza, nei quali gli elementi centrali sono l'integrazione tra i professionisti e il coinvolgimento dei pazienti.

Il sistema Adjusted Clinical Group, adottato dalla Regione Veneto per classificare la popolazione per profili omogenei di costellazioni di malattia/multi morbosità e consumo atteso (prognosi) di risorse consente un'attività di auditing e di verifica dei progetti di care e disease management a livello distrettuale, di AFT o di MGI. (Fig.1).

Nell'organizzazione distrettuale, gli SAI sono parte integrante dei team multiprofessionali per la presa in carico della cronicità e del paziente fragile.

Gli obiettivi che la Regione assegna annualmente alle Aziende rappresentano il perimetro delle azioni e dei relativi indicatori che sono declinati per le AFT degli specialisti ambulatoriali, in integrazione con le AFT della medicina generale e l'Ospedale.

Fig.1



B1. La presa in carico del paziente cronico

A livello regionale sono stati formalizzati con specifiche delibere i PDTA per la gestione di patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, BPCO, ca. colon-retto, mammella).

A livello aziendale sono in via di applicazione i PDTA regionali e sono definiti e applicati percorsi locali. In ogni PDTA devono essere definite le condizioni cliniche e le modalità di integrazione tra i professionisti coinvolti sia per l'inquadramento diagnostico che per la gestione del follow-up.

A livello distrettuale l'applicazione dei percorsi e gli audit clinici per il monitoraggio e la formazione sono realizzati all'interno dell'AFT specialistica, in pieno raccordo con le MGI di riferimento e in integrazione con le AFT della medicina generale. Gli specialisti ambulatoriali partecipano, in via prioritaria, all'applicazione di questi percorsi per la gestione della cronicità nelle diverse modalità da definirsi a livello aziendale.

È da valutare, in riferimento alle caratteristiche del singolo percorso e alle diverse configurazioni geografiche e demografiche delle aziende, l'articolazione delle sedi di attività specialistica, in relazione all'accessibilità del target di pazienti interessati, alla tipologia di prestazioni offerte anche in riferimento alle dotazioni di attrezzature e alla continuità dell'assistenza, con pool di specialisti di "riferimento" per AFT/MGI.

Altro strumento organizzativo necessario è l'integrazione informativo-informatica della documentazione clinica, con accesso per tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente, che si svilupperà nella piena attivazione del FSE.

L'attività specialistica potrà articolarsi in:

1. attività ambulatoriale nelle sedi distrettuali e di MGI con agende dedicate per i primi accessi e per la gestione dei follow up, preferibilmente con afferenza all'AFT di riferimento. L'attività di consulenza specialistica nelle MGI potrà essere oggetto di attivazione di incarichi SAI specifici;
2. attività di teleconsulto con MMG e PLS in fasce orarie dedicate, anche attraverso sistemi di videoconferenza e di telemonitoraggio/teleassistenza con consulenza a distanza;
3. attività di auditing periodico in integrazione con le AFT della medicina generale e con le MGI anche per target specifici di pazienti;
4. partecipazione ad equipe multidisciplinari per la presa in carico di problematiche cliniche che richiedono l'intervento coordinato di più specialisti come i percorsi oncologici.

B2. Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente

Il Ministero della Salute (Quaderni del Ministero della Salute) definisce la fragilità come sindrome multifattoriale, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere a eventi stressanti ambientali (capacità di omeostasi).

Comporta un aumentato rischio di eventi clinici: disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, morte. È una condizione complessa e dinamica, della quale si sono proposti numerosi modelli.

L'Agency for Healthcare research and quality (AHRQ) definisce come pazienti complessi:

- le persone con condizioni croniche multiple affette da 2 o più condizioni croniche concorrenti, che insieme hanno un effetto avverso sullo stato di salute, sull'autonomia o sulla qualità della vita, e che richiedono una gestione assistenziale, decisioni cliniche, coordinamento, caratterizzati da complessità.

Nella **fig. 1** soprariportata, i vertici della piramide del rischio sono rappresentati da questi pazienti che sono assistiti a livello territoriale in diversi setting (ADI, strutture intermedie, centri servizio), con alto rischio di ospedalizzazioni inappropriate o ripetute e con necessità di progetti assistenziali individualizzati da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari. A garanzia della continuità delle cure e per gestire il transito tra i diversi ambiti, tutelando la presa in carico, la Regione Veneto ha individuato la Centrale Operativa Territoriale (COT), quale strumento organizzativo di integrazione.

Gli SAI partecipano alla presa in carico di questi pazienti, nel team multi professionale che definisce e attiva piani assistenziali individualizzati domiciliari o, a livello ambulatoriale, attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati, diventando risorsa anche per la COT.

L'attività specialistica potrà, quindi, articolarsi nella:

- a) partecipazione alle UVMD di attivazione e verifica dei progetti domiciliari (ADIMED e ADI-HR);
- b) consulenze domiciliari periodiche o su richiesta del MMG/PLS;
- c) consulenze presso i centri servizio, strutture intermedie, strutture residenziali per disabili. Le modalità di tali consulenze devono essere definite e concordate in relazione alla tipologia di problematiche cliniche e organizzative. La consulenza potrà anche essere attivata a distanza;
- d) consulenza e coordinamento clinico in strutture intermedie (URT e Ospedale di Comunità);
- e) attività ambulatoriale con organizzazione di percorsi/corsie preferenziali.

C. PERCORSI, PDTA E LISTE DI ATTESA

C1. Percorsi, PDTA

Il governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e il rispetto dei tempi di attesa presuppone analisi e monitoraggio continuo degli aspetti che la compongono:

- andamento della domanda,
- organizzazione dell'offerta,
- sistema di prenotazione/erogazione.

La normativa nazionale e regionale è intervenuta più volte per regolamentare un sistema complesso, ad alto impatto sulla qualità percepita del servizio sanitario da parte della popolazione.

La DGR 320 del 12/03/2013 ribadisce, nell'organizzazione dell'offerta, la necessità della presa in carico del paziente da parte della struttura nella definizione diagnostica e nel follow up.

L'evoluzione dei modelli assistenziali prevede la presa in carico, nelle malattie croniche ad alta prevalenza, da parte di team multiprofessionali, ma anche nell'approccio diagnostico o nel follow up specialistico dei pazienti complessi l'organizzazione di team multidisciplinari strutturati, come nel caso delle patologie oncologiche.

L'ambito dell'AFT risulta essere un ambito privilegiato di audit e di integrazione professionale e organizzativa.

Per garantire la presa in carico, è necessario:

1. a livello aziendale strutturare percorsi, PDTA, accordi e protocolli sia tra i MMG e gli specialisti che tra gli specialisti di diverse branche, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro (dipendenti o convenzionati) o della sede di attività (ospedaliera o distrettuale), e garantire la comunicazione, attraverso il lavoro di gruppo, di tutte le componenti professionali (MMG, PLS, SAI e dipendenti). In questo contesto assumono un ruolo fondamentale i Referenti di Branch della Specialistica Ambulatoriale Interna, in primis in riferimento alle eventuali Branch specialistiche interamente garantite da SAI;
2. una verifica dei criteri di appropriatezza della domanda condivisi e formalizzati a livello aziendale in percorsi, PDTA, accordi e protocolli;
3. una organizzazione delle agende che preveda spazi per i primi accessi prioritizzati e per visite/prestazioni di controllo in percentuali da concordare e da garantire da parte dello stesso specialista con prescrizione diretta. Per i primi accessi, la definizione e l'applicazione dei RAO costituisce uno strumento di equità e di appropriatezza nell'accesso;
4. accordo e consenso, a livello di AFT, sulle problematiche cliniche che necessitano di monitoraggio periodico e sulla tempistica dello stesso.

Lo specialista ambulatoriale deve:

- partecipare ed essere coinvolto, attraverso l'AFT, nel processo di gestione delle liste di attesa, superando una logica meramente prestazionale;

- partecipare al processo di auditing con tutti gli attori coinvolti, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica;
- rispettare indicazioni/raccomandazioni formalizzate a livello aziendale, anche attraverso gruppi di lavoro integrati.

C2. Liste d'attesa

Le esperienze rilevate nella quasi totalità della Azienda ULSS hanno evidenziato come in caso di momentanea “*assenza di offerta*” sia possibile l'utilizzo da parte dei CUP (Centro Unito Prenotazioni) di “*liste di attesa fluttuanti*” o “*liste di appoggio*” (tematica che si rinvia all'approfondimento in sede di accordo con le OO.SS.).

La “*lista di attesa fluttuante*” o “*lista di appoggio*”:

- è una lista dove vengono fatte confluire le richieste di prenotazione che non trovano immediata collocazione entro le priorità indicate nelle prescrizioni. All'atto della prenotazione se non è possibile garantire la prestazione entro i limiti temporali definiti dalla priorità indicata nella prescrizione, la stessa andrà, comunque, registrata, non come “*prenotazione*” ma come “*richiesta di prestazione*”;
- deve evidenziare, per ogni prestazione, suddivisa per branca specialistica, almeno: il codice identificativo da CUP, la classe di priorità richiesta, il quesito diagnostico, il nominativo del medico prescrittore, il numero di giorni residui entro i quali andrà trovata una collocazione nel rispetto della prioritarizzazione indicata;
- deve essere strutturata quale strumento dinamico con aggiornamento almeno giornaliero nella quale inserire i/le pazienti, le prestazioni e successivamente provvedere, mediate l'utilizzo e la eventuale conversione di eventuali slot liberi anche di altri profili di offerta (in agende con prioritarizzazione diversa o per i controlli) l'utilizzo di attività aggiuntiva e/o plus orario a garantire le prestazioni entro i termini previsti.

È evidente che, per poter gestire al meglio tale problematica, dovranno essere individuati i professionisti-responsabili che dovranno farsi carico della verifica della “*lista di attesa fluttuante*” o “*lista di appoggio*”, della collocazione delle prestazioni, l'eventuale gestione delle agende e l'attivazione di eventuale “*attività aggiuntiva*”.

Andranno sicuramente coinvolti i Referenti di Branca SAI per il vaglio e la gestione dell'appropriatezza prescrittiva.

L'attivazione di siffatto modello richiede la costituzione di uno specifico tavolo aziendale per il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa. In detti tavoli si ritiene opportuno prevedere la partecipazione, oltre che la direzione strategica aziendali, anche dei professionisti che abbiano un ruolo, diretto o indiretto, nella gestione delle liste di attesa e nella acquisizione/gestione delle risorse.

A titolo esemplificativo, in base alle funzioni svolte, sarebbe opportuna la presenza del:

- Responsabile della UO Assistenza Specialistica, che dovrebbe coordinare l'attività specialistica ambulatoriale sia in relazione agli specialisti SAI sia ai dipendenti;

- Dirigente medico del PO, o un suo delegato, in relazione all'attività specialistica erogata a livello ospedaliero, quando tale ruolo non sia svolto dal Responsabile U.O. Assistenza Specialistica;
- Responsabile dell'organizzazione dell'Assistenza Primaria, in relazione alla gestione dei percorsi e PDTA aziendali e quale interfaccia con i MMG;
- Responsabile clinico dell'Assistenza Primaria, se la funzione è attribuita a professionista diverso dal Responsabile organizzativo in relazione alla gestione dei percorsi e PDTA aziendali e quale interfaccia con i MMG;
- Direttore dell'UO Amministrativa Territoriale;
- Responsabile dell'Unità per il Controllo di Gestione (UCG), o un suo delegato, con il compito di estrazione, presentazione dei dati della "lista di appoggio" e dell'andamento generale dei tempi di attesa;
- CUP manager, per la gestione delle agende, per il monitoraggio della domanda in relazione alla correttezza delle richieste, sia rispetto all'appropriatezza, al corretto utilizzo del CUP, il rispetto dei percorsi e dei PDTA aziendali, nonché per la rappresentazione di eventuali problemi;
- Direttore dell'UO Personale, o un suo delegato, per l'esame della situazione in relazione alla situazione del personale ed alla sua possibile eventuale acquisizione;
- Responsabile/Coordinatore dell'Ufficio Convenzioni, o un suo delegato, per l'esame delle problematiche relative alla gestione della specialistica ambulatoriale interna ed alla sua possibile acquisizione;
- Direttore del servizio Risorse Informatiche, o un suo delegato, per gli aspetti legati alla gestione delle procedure informatiche aziendali.

Oltre alle figure menzionate non si esclude la partecipazione di eventuali altri professionisti coinvolti direttamente o indirettamente a livello aziendale nella gestione delle liste di attesa.

Tale tavolo aziendale deve analizzare i problemi e deve essere in grado di proporre eventuali soluzioni.

C3. Sintesi

Si possono, quindi, sinteticamente, individuare interventi a:

- **Breve termine per:**
 - l'implementazione dell'attività degli SAI sul territorio a fianco dei MMG e dei PLS con attivazione delle MGI;
 - l'adeguamento/implementazione del monte ore aziendale della specialistica ai fini della attuazione dei PDTA e all'abbattimento delle liste di attesa per le branche più critiche;
 - l'attivazione dell'istituto del plus orario temporaneo finalizzato alla copertura di determinate richieste e/o all'evitamento della formazione di liste d'attesa anomale.
- **Medio termine per:**
 - l'attuazione di PDTA intesi come una sequenza appropriata, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o territoriale, con la partecipazione integrata di diversi medici, specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso ed ai suoi familiari), sia del

territorio che ospedalieri, al fine di realizzare un percorso diagnostico corretto e la terapia più adeguata alla specifica situazione patologica (esempi: applicazione del PDTA diabete; uro-ginecologia, dermo-endocrino-ginecologia, reumo-orto-fisiatria) per evitare ripetizioni di visite, esami di laboratorio ed accertamenti strumentali;

- l'implementazione ICT (Information & Communication. Technology) a rete sul territorio con collegamenti in tempo reale con le diverse strutture aziendali in modello a rete e non a silos.
- **Lungo Termine per:**
 - L'informazione/sensibilizzazione della comunità per un uso appropriato delle risorse attraverso campagne di informazione/formazione presso i Poliambulatori, le MGI, scuole, associazioni di volontariato, parrocchie, etc.

D. SERVIZIO DI TELECONSULENZA TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI OSPEDALIERI-AMBULATORIALI INTERNI

D1. Teleconsulto - definizione

Il Teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

D2. Analisi del contesto

Va chiarito preventivamente che, considerata la diversa presenza e distribuzione degli SAI nelle varie Aziende socio sanitarie della Regione Veneto, con situazioni che vanno da Branche/Specialità completamente ed unicamente gestite da SAI ad altre, invece, completamente gestite da personale dipendente, passando per realtà a presenza mista tra SAI e personale dipendente, il teleconsulto non può riguardare esclusivamente gli SAI, ma va visto in una visione complessiva di sistema, dovendo e potendo essere garantito tanto dagli SAI che da specialisti dipendenti.

D3. Definizione del servizio

L'idea di attivare un servizio di Teleconsulto specialistico all'interno dell'Azienda nasce dalla sempre maggiore esigenza di facilitare la comunicazione fra Medico Prescrittore e Medico Specialista Ospedaliero-Ambulatoriale Interno.

Il risultato di tale servizio dovrebbe essere un orientamento sempre più adeguato all'utenza in termini di percorso diagnostico terapeutico e di prioritizzazione della domanda e dell'offerta, che non vuole e/o non può risolvere tutti i problemi legati a questa complessa materia.

La scelta di avviare questo innovativo servizio si propone, invece, di costituire una ulteriore opportunità di consultazione reciproca fra Medici, dove l'iniziativa della comunicazione può partire tanto dal Territorio, nelle e verso le sue diverse componenti, quanto dall'Ospedale.

D4. Modalità operativa

Il Medico Prescrittore potrà chiedere il Teleconsulto con il Medico Specialista semplicemente chiamando il numero verde per fissare un APPUNTAMENTO.

Se la chiamata avviene nei giorni e fasce orarie di disponibilità dello Specialista, la teleconsulenza potrà avvenire anche immediatamente; altrimenti sarà l'operatore del Call center che provvederà, nel giorno e orario stabiliti, a mettere in contatto i due Medici.

All'occorrenza, anche il Medico Specialista potrà, sempre tramite il numero verde, chiedere di essere messo in contatto con il Medico Prescrittore. Alla teleconsulenza potrà partecipare anche l'utente, ove richiesto da entrambi i Medici.

D5. Requisiti minimi del servizio

Il Servizio di Call Center dovrà prevedere i seguenti requisiti minimi:

- a) essere attivo, su opportuno numero verde, per un massimo di 12 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì e/o in prestabilite fasce orarie giornaliere durante le quali i MMG/PLS e gli SAI si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente al fine di formulare istanze o pareri;
- b) svolgere la funzione di messa in contatto telefonico diretto del MMG/PLS (chiamante) con lo SAI (chiamato) o viceversa, nei giorni e negli orari prestabiliti, formulando, se opportuno, un ordine delle chiamate sulla base delle richieste manifestate;
- c) ottimizzare la rintracciabilità dello SAI o del MMG/PLS, anche sulla base di specifici accordi aziendali, mediante la gestione di numeri telefonici “riservati” che verranno messi a disposizione dall’Azienda e/o dai Medici coinvolti;
- d) produrre e fornire all’Azienda report giornalieri del servizio nel suo complesso (con elaborazioni anche di cadenza settimanale e/o mensile) e per singolo SAI e/o MAP/PLS, riportanti i dati essenziali degli episodi ed eventuali note esplicitanti le criticità. I reports dovranno essere forniti in formato elettronico, a cadenza giornaliera con sintesi settimanali e/o mensili, secondo un tracciato concordato, allo specifico indirizzo del referente aziendale preposto.

Potranno essere attivati servizi complementari tipo sportelli per patologia (ad es. sportello oncologico) e/o forme di consulenza anche serale fino alle 24:00, ad esempio, di supporto ai medici di CA attraverso l’attivazione di forme di pronta disponibilità (reperibilità) telefonica di specialisti di area (ad es. cure palliative).

È opportuno che tale servizio di Teleconsulto specialistico possa svilupparsi anche con modalità innovative “*multicanale*”, tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie. Appare, pertanto, opportuno che detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, possa svilupparsi anche attraverso l’utilizzo, per esempio, di e-mail per l’invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione, quali Whatsapp o simili, o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini, se utili al fine del teleconsulto.

Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla privacy.

D6. Problemi da risolvere

Vanno concordate e pianificate a livello aziendale, le fasce orarie di teleconsulto che dovrebbero essere le più ampie possibili, almeno per la Branche/Specialità a più elevata necessità di confronto: ad esempio attraverso l’attivazione di sportelli dedicati alle principali patologie (oncologia, Cure palliative etc.).

D7. Debito informativo.

L'art. 9 dell'ACN SAI 2015 prevede espressamente che per l'espletamento dell'attività istituzionale gli SAI, i MV ed le altre PSA si avvalgano degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda sanitaria.

Detti sanitari assolvono al debito informativo di competenza ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

- a) flusso informativo definito dalla Regione;
- b) sistema informativo nazionale (NSIS);
- c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
- d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- e) certificazione telematica della malattia.

Gli SAI, i MV ed le altre PSA assolvono agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti comunitari, nazionali, regionali e aziendali.

D8. Declinazione a livello Aziendale

Si rende necessario il pieno utilizzo del Sistema informativo aziendale che preveda:

1. uso cartella ambulatoriale informatizzata;
2. referto informatizzato, al fine della costruzione del FSE;
3. prescrizione con ricetta dematerializzata o elettronica, garantendo l'appropriatezza prescrittiva (Decreto Lorenzin, PDTA; percorsi aziendali, eventuale rispetto delle disposizioni aziendali per il rientro nelle Best 11, quesito diagnostico etc.);
4. conferma prestazioni su offerta aziendale della prima prestazione disponibile, effettuando in un primo tempo almeno la (auto) prenotazione dei propri controlli successivi alla presa in carico del paziente.

Per la realizzazione di tali obiettivi l'Azienda dovrà sviluppare i gestionali aziendali in modo da garantire la gestione della cartella ambulatoriale ed il referto informatizzato, dovrà dotare il SAI di firma elettronica garantendone la necessaria formazione, e dovrà prevedere le modifiche alla procedura in modo tale che il percorso prescrittivo venga strutturato come di seguito indicato:

- a) lo specialista individua la tipologia di prestazione (es. controllo), indicando il periodo di riferimento (entro 10 gg., 30 gg., etc.);
- b) la procedura indica allo specialista la prima data disponibile nelle Sue agende dedicate ai controlli;
- c) lo specialista può giudicare appropriata e rispondente alle esigenze cliniche la data proposta, e conferma la data proposta dalla procedura;
- d) la procedura stampa la ricetta indicando il termine definito e prenotato dallo specialista, unitamente al riscontro della prenotazione da consegnare all'utente.



Nel caso in cui, invece, lo specialista giudichi non conforme alle esigenze cliniche la data proposta dalla procedura, potrà utilizzare le *"liste fluttuanti"* sopra richiamate. Anche in questo caso la procedura stamperà la ricetta indicando il termine definito e prenotato dallo specialista, unitamente al riscontro della prenotazione da consegnare all'utente.