

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 maggio 2006, n. 252.

Atto di recepimento dell'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa della conferenza Stato-Regioni.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

PREMESSO che in data 23/03/2005 è stata sottoscritta la convenzione per la Medicina Specialistica Ambulatoriale interna e altre professionalità sanitarie valida per il biennio 2004/2005;

CONSIDERATO che gli obiettivi principali previsti dalla succitata convenzione individuano fra l'altro:

- Favorire l'assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione sociosanitaria;
- Introdurre, con la programmazione regionale ed aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute;
- Favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l'insieme dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio;
- Favorire un'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

CONSIDERATO inoltre che, per effetto della modifica del Titolo V è stato riconosciuto un più forte ed autonomo ruolo delle Regioni nel Governo e nell'organizzazione dei propri sistemi sanitari, comportando un mutamento delle regole della contrattazione e prevedendo quindi che, a livello regionale siano definiti i sistemi sanitari locali, allo scopo di dare una risposta più appropriata ai bisogni delle persone delle singole realtà locali;

VISTO l'art. 4 dell'A.C.N. 23/03/05 che disciplina la negoziazione regionale e che individua per le intese regionali la definizione di alcuni specifici aspetti fra i quali in particolare:

- a. L'organizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale in modo da partecipare al processo di deospedalizzazione, mettendo a disposizione le specificità professionali e le competenze proprie dei professionisti, a favore delle istituzioni e dei cittadini;
- b. Le modalità di realizzazione dell'appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo;
- c. La modalità di partecipazione degli specialisti e professionisti nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- d. I criteri e le modalità per la trasformazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato;

VISTO altresì l'art. 14 del suddetto A.C.N. che, in armonia con quanto definito dal succitato art. 4 individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;

PRESO ATTO che a tal fine le OO.SS. di categoria e la Regione Lazio in applicazione alle disposizioni del citato A.C.N. 23/03/05 hanno elaborato l'Accordo Regionale (allegato al presente provvedimento) che in armonia agli obiettivi nazionali prevede in particolare:

- la riorganizzazione strutturale e funzionale dei poliambulatori e ambulatori distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale;
- conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del distretto;
- attivare percorsi diagnostico-terapeutici concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna e la componente ospedaliera e condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta;
- concorrere all'abbattimento delle liste di attesa attraverso modalità previste dalla D.G.R. n. 1290 del 23/12/04;

CONSIDERATO che per l'attuazione dei suddetti obiettivi strategici sono stati individuati quali strumenti:

1. lo sviluppo di una logica di sistema, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, per mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nelle varie fasi del processo;
2. la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;
3. l'introduzione di una retribuzione di risultato;

CONSIDERATO inoltre che gli obiettivi individuati nell'Accordo Regionale hanno quale elemento propedeutico un ampio percorso formativo quale strumento necessario per promuovere la crescita professionale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle prestazioni allo scopo di assicurare reali bisogni dei cittadini nella garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza);

RILEVATO che con l'Accordo Regionale viene valorizzata la figura del responsabile di branca quale elemento di unione fra gli specialisti ambulatoriali e la struttura organizzativa del distretto con il preciso compito di coordinare, proporre e monitorare gli aspetti erogativi delle prestazioni all'interno del distretto in cui il professionista opera;

VISTO l'art. 42 dell'A.C.N. del 23/03/05 che individua le modalità per il trattamento economico;

RILEVATO che il costo derivante dal presente Accordo è stato confermato in € 11.474.418,03 (undicimilioniquattrocentsettantaquattromilaquattrocentodiciotto/03), così come previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 557/03 che recepiva l'Accordo Regionale della categoria stipulato ai sensi del D.P.R. 271/00;

PRESO ATTO che in data 07/04/2006 le OO.SS. e l'Assessore alla Sanità hanno sottoscritto l'Accordo Regionale che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO per quanto sopra detto, di recepire il suddetto Accordo allo scopo di dare piena e totale applicazione al medesimo;

RITENUTO che il presente Accordo comporta una spesa complessiva di € 11.474.418,03 (undicimilioniquattrocentosettantaquattromilaquattrocentodiciotto/03) che graverà sul cap. H11550 del bilancio regionale anno 2006, che presenta sufficiente disponibilità;

all'unanimità

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di recepire l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante, sottoscritto secondo le disposizioni contenute nell'A.C.N. del 23.03.2005 in data 07/04/2006 (Allegato A);
- di precisare che la somma di € 11.474.418,03 (undicimilioniquattrocentosettantaquattromilaquattrocentodiciotto/03) per la realizzazione degli obiettivi dell'allegato Accordo Regionale, graverà sul cap. H11550 del bilancio regionale anno 2006;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Allegato A)

**ACCORDO COLLETTIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI ED ALTRE PROFESSIONALITA'
SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI) AI SENSI
DELL'ART.48 DELLA LEGGE. N. 833/78 E DELL'ART. 8 DEL D. LGS N. 502 DEL
1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

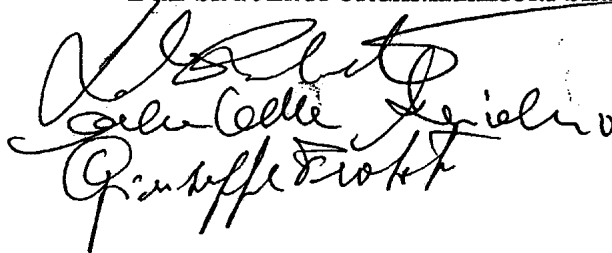
In data 07/04/06 alle ore 13:00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo collettivo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie (psicologi, chimici e biologi) ai sensi dell'art. 48 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8 del d. lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

La **REGIONE LAZIO** nella persona dell'Assessore alla Sanità
On. Augusto Battaglia

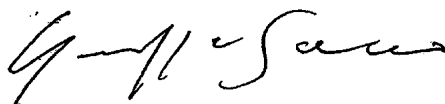


E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

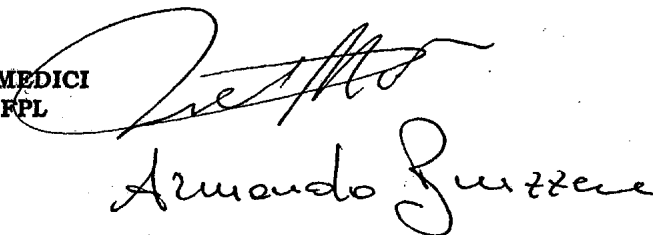
SUMAI



CGIL F.P. MEDICI



**FEDERAZIONE MEDICI
ADERENTE UIL FPL**



ACCORDO REGIONALE

IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE - PERIODO 2001/2005.

PREMESSA

1. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti la sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e le altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio - sanitario.
2. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.
3. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie cronico - degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

4. La Regione Lazio e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.
5. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali, di medicina generale e specialistica ambulatoriale, e ospedalieri.

PRINCIPI GENERALI

Il presente Accordo, in armonia con quanto già previsto dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie – periodo 2001/2005, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, prevede essenzialmente:

- a) l'organizzazione della assistenza specialistica distrettuale in modo da partecipare al processo di deospedalizzazione, mettendo a disposizione le specificità professionali e le competenze proprie dei professionisti, a favore delle istituzioni e dei cittadini;
- b) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
- c) la modalità di partecipazione degli specialisti e professionisti nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e la responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- d) i criteri e le modalità per la trasformazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato
- e) l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;

f) l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP);

Sostanzialmente l'attuazione della nuova disciplina, appena citata, è demandata alla capacità delle Regioni di trasformare gli indirizzi in essa richiamati in azioni per il governo della Medicina Convenzionata.

Per l'attuazione del nuovo Accordo è richiesta la condivisione di alcuni principi fondamentali:

- la partecipazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie alle scelte di programmazione e gestione con aumento di responsabilità nel governo clinico con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di distretto;
- l'integrazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie nel SSN attraverso l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi;
- lo sviluppo di una logica di sistema, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, per mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nelle varie fasi del processo;
- la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;
- l'introduzione di una retribuzione di risultato;

Quanto sopra, senza derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di Assistenza Primaria su tutto il territorio nazionale, e sulle garanzie per i medici professionisti fissate dalla disciplina generale.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

Il Sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa che scaturisce, da una parte, dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del SSN e, dall'altra, dalla nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema. Si rende pertanto necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nella *primary care*, che concorra soprattutto a garantire servizi più efficienti ai cittadini, che sia in

grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, che realizzi l'unitarietà di approccio ai loro bisogni e che produca in definitiva una maggiore qualità del SSN e SSR.

Questo comporta una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, una riorganizzazione e nuova strutturazione degli ambulatori e/o poliambulatori distrettuali specialistici, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio: quest'ultimo deve caratterizzarsi come "*soggetto attivo*" che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. L'assistenza distrettuale deve dunque prevedere un maggiore coinvolgimento della Medicina Convenzionata (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con altre figure sanitarie territoriali, quali personale infermieristico ed operatori sociali.

Questi modelli mirano a dare particolare risalto ai collegamenti funzionali tra nodi della rete assistenziale, assicurando una valutazione multidisciplinare dei bisogni, la presa in carico globale e continuativa, l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete, la modularità della risposta assistenziale, il coordinamento a rete delle strutture assistenziali e dei soggetti in essa attivi.

Per conseguire i citati obiettivi sono però necessari:

- l'integrazione funzionale, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni;
- l'adeguamento strutturale, strumentale e tecnologico dei poliambulatori ed ambulatori distrettuali specialistici, con la presenza di personale sanitario e tecnico;
- l'implementazione di percorsi clinico assistenziali condivisi dai diversi operatori;
- lo svolgimento di percorsi formativi multidisciplinari.

L'integrazione di cui sopra è finalizzata a conseguire:

- garantire ai cittadini l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- un incremento dell'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, definendo con le OO.SS. maggiormente rappresentative i compiti, le funzioni e le relazioni fra le figure convenzionate impegnate;

- la promozione della salute e la prevenzione;
- la promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria;
- l'ottimizzazione della diagnostica, della terapia e riabilitazione nelle sedi poliambulatoriali specialistiche;
- il contenimento delle richieste improprie di ricoveri e di accessi al Pronto Soccorso;
- le dimissioni protette.

OBIETTIVI STRATEGICI

Per quanto esplicitato sopra, le azioni che si configurano strategiche nell'ambito della Medicina Specialistica sono:

- l'integrazione nel "Sistema", intesa come accettazione del raccordo organizzativo, nell'ambito dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e nella progettazione del programma delle attività territoriali, tramite il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lett. c e norma finale n. 5 comma 2 dell'ACN) e/o il responsabile di branca;
- la flessibilità per la sede di lavoro e per l'orario e la modalità di effettuazione della attività, nel rispetto dell'autonomia professionale e delle norme contrattuali da concordare in sede di accordo aziendale;
- la disponibilità alla consulenza per i colleghi delle U.O. ospedaliere delle sedi in cui la specifica specialità non sia presente;
- la disponibilità alla consulenza (anche sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta;
- la disponibilità al consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata;
- la disponibilità per la consulenza specialistica al Medico di Assistenza Primaria e/o al Pediatra di Libera Scelta su casi presentati dagli stessi anche telefonicamente;
- la riorganizzazione strutturale e funzionale dei poliambulatori e ambulatori Distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale;
- la disponibilità ad operare nelle UTAP, con modalità da concordare con il responsabile di branca e/o con il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lett. c);
- la disponibilità a fornire assistenza organizzata in forma diretta da uno o più

specialistici, vicino alla sede dei cittadini con modalità e criteri previsti dagli accordi aziendali;

- conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del distretto;
- attivare percorsi diagnostico terapeutici concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna e la componente ospedaliera e condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta;
- concorrere all'abbattimento delle liste di attesa attraverso modalità previste dalla D.G.R. n. 1290 del 23/12/04 riportata integralmente nel presente accordo.

Per quanto non espressamente indicato nel presente accordo, in ordine all'attuazione degli obiettivi sopra detti, si rinvia a specifici accordi aziendali che dovranno individuare modalità e criteri sulla base delle specificità territoriali ed assistenziali delle singole aziende.

ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI

Vengono richiamati di seguito i contenuti di *rilevanza strategica* o *innovativi* previsti nell'ACN considerati cardine dal presente Accordo Regionale.

<i>Istituti giuridici</i>
<p><i>I rapporti convenzionali a tempo determinato instaurati per lo svolgimento di attività specialistica ambulatoriale o delle altre aree professionali, in corso alla data di pubblicazione del presente Accordo, devono essere conformi a quanto disposto dall'art. 2-nonies della legge 26.5.2004 n. 138.</i></p> <p><i>I rapporti convenzionali non conformi adottano, dalla data di pubblicazione del presente Accordo e fino alla loro scadenza, le clausole normative ed economiche del presente Accordo.</i></p> <p><i>Qualora continuino a sussistere le relative necessità assistenziali, le ore di incarico sono assegnate ai sensi dell'art 23 del presente Accordo (norma transitoria n. 4)</i></p>
<i>Forme di "aggregazione"</i>
<p><i>...Lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei Medici di Medicina Generale e al rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Lo specialista è individuato con modalità definite a livello regionale.</i></p> <p><i>Con le stesse modalità è individuato lo specialista partecipante all'ufficio di direzione aziendale, qualora previsto dalle norme e dagli indirizzi regionali (art. 28 – comma 2)</i></p>

...La partecipazione degli specialisti nelle articolazioni organizzative del distretto che attuano l'assistenza primaria, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, è definita con accordi di livello regionale con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12 (art. 28 – comma 6).

Le articolazioni organizzative del distretto finalizzate all'integrazione professionale sono anche le équipes territoriali e le unità di assistenza primaria (UTAP) (art. 28 – comma 7).

L'équipe territoriali e l'UTAP sono strumenti attuativi della programmazione sanitaria, per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (art. 28 – comma 8)

La costituzione delle UTAP, quali strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, è prevista dalla Regione, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, e in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari (art. 28 – comma 9)

Miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni

Nello svolgimento della propria attività lo specialista:

a) assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizza i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;

b) collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, e alle attività di farmacovigilanza pubblica;

c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;

d) realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;

e) assicura il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;

f) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;

g) lo specialista è tenuto a partecipare alle attività formative programmate dall'azienda.

(art. 28 – comma 5)

Lo Specialista Ambulatoriale convenzionato adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti (art. 28 - comma 12).

L'Accordo aziendale, conformemente alle linee di indirizzo dell'Accordo regionale, individua le prestazioni e le attività individuali o di gruppo per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e di remunerazione delle stesse. La partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, o attività incentivanti svolte in équipes con il personale dipendente e convenzionato comporta la verifica periodica, sulla base di intese raggiunte con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12 circa il raggiungimento degli specifici obiettivi, individuali o di gruppo, da valutare sulla base di indicatori predefiniti, concordati tra le parti. Il medesimo Accordo definisce gli effetti del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti, da parte degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti incaricati ai sensi del presente Accordo (art. 31 – comma 3)

Lo specialista ambulatoriale o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli Accordi regionali e/o aziendali, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi Accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi (art. 31 – comma 4)

Formazione continua

Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative dello specialista ambulatoriale e del professionista nelle seguenti aree:

- a) insegnamento universitario di base pre laurea*
- b) aggiornamento e audit*
- c) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.*

(art. 33 – comma 3)

Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni (art. 33 – comma 6)

Fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio, lo specialista ambulatoriale e il professionista, ha facoltà di partecipare, con le modalità previste all'art. 38 commi 2 e 3, a corsi non compresi nella programmazione regionale, purché accreditati e inerenti l'attività svolta in azienda. Tale partecipazione determina il riconoscimento di un permesso retribuito, per ognuna delle giornate di assenza e per le corrispondenti ore di incarico non svolte, nel limite massimo di 32 ore annue. Sono fatti salvi gli Accordi regionali ai quali si rimanda, anche per la disciplina dei permessi retribuiti in caso di formazione a distanza (F.A.D.) (art. 33 – comma 8).

Le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua (art. 33 – comma 10).

Ai sensi del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, la formazione continua è sviluppata anche secondo percorsi formativi autogestiti (art. 33 – comma 11).

La partecipazione ad iniziative formative, oltre il limite di cui al comma 8, previa comunque autorizzazione aziendale, è a carico dello specialista ambulatoriale e del professionista (art. 33 – comma 12).

I corsi regionali ed aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale. Le aziende garantiscono le attività formative, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e/o Collegi professionali e sentite le Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, a livello aziendale, assicurando la partecipazione delle categorie professionali ai corsi direttamente organizzati (art. 33 – comma 7).

DISPOSIZIONI GENERALI

Livelli di contrattazione

Con il presente Accordo si individuano gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica Ambulatoriale Interna e le altre Professionalità Sanitarie in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Durata dell'Accordo Regionale

Il presente Accordo Regionale entra in vigore alla data del relativo provvedimento di approvazione da parte della Giunta della Regione Lazio ed ha durata quadriennale e comunque fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Regionale.

Allo scopo di monitorare e vigilare sull'uniforme applicazione del presente Accordo, il Comitato Regionale verrà convocato almeno una volta ogni trenta giorni.

Finanziamento del presente accordo

Per il finanziamento del presente accordo, per gli specialisti ambulatoriali interni, si rinvia a quanto già previsto a tale titolo nella scheda allegata alla deliberazione di giunta regionale n.557/03 e richiamata nel presente Accordo (all.to 1), precisando che gli importi indicati nella scheda citata, vanno integrati della quota di ponderazione di cui all'art.42, lett.B, comma 3 dell'ACN del 23.3.05.

Per le altre professionalità sanitarie il fondo è costituito ai sensi dell' art.43, lett.B, comma 1 del medesimo Accordo.

Tenuto conto che l'assistenza specialistica:

- in ragione della urbanizzazione di nuove aree con il conseguente insediamento di nuclei familiari neocostituiti o migrati da altre zone;
- in ragione delle variazioni socio-demografiche della popolazione che incidono in modo diverso e spesso non prevedibile nei diversi Distretti sanitari;
- in ragione delle patologie multiorgano di rilevanza sociale;
- in ragione della dinamica incidenza in ambito territoriale delle fasce più deboli;

Al fine dell'applicazione dell' istituto della mobilità di alcuni turni da un'Azienda all'altra è indispensabile determinare il finanziamento di ciascuna ASL.

A tale scopo si allega, quale parte integrante dell'accordo (all.to 2), il numero di ore attive in ogni Azienda, così come dalle medesime comunicato a seguito della circolare regionale n. 58861 del 5.5.05, elemento necessario per definire il fondo di ciascuna di esse, fondo che sarà suscettibile di variazioni in positivo o in negativo per il trasferimento delle risorse economiche in relazione allo spostamento di ore. Il fondo dovrà prevedere in modo distinto la quota A e la quota B.

E' fatto obbligo alle ASL di fornire mensilmente i dati riguardanti i medici ed i professionisti cessati e l'ammontare delle quote di anzianità, di cui agli art. 42 e 43 lettera A comma 2, resesi disponibili, che andranno a costituire il fondo aziendale.

Commissione Paritetica

Il numero dei componenti della commissione aziendale paritetica prevista dall'art. 22 comma 4 dell'ACN 23/03/05 per la valutazione del possesso di particolari capacità professionali e i criteri di valutazione sono definiti dai singoli Comitati Zonali; sono previsti i compensi individuati per le commissioni esaminatrici di cui al decreto del presidente del consiglio dei ministri del 24/03/1995 pubblicato su G.U. n.134 del 10/06/1995.

Comitati e Commissioni

Ai componenti medici e delle altre professioni presenti nei Comitati e Commissioni previste dall'ACN e da normative Nazionali, Regionali ed Aziendali sono corrisposti, per ciascuna seduta, svolta al di fuori dell'orario di incarico, gli emolumenti ed i contributi relativi a quattro ore di servizio. Tale onere è a carico dell'Azienda presso la quale è svolto il maggior numero di ore.

Hanno diritto al rimborso, nella misura sopra prevista, coloro che partecipano a:

- Comitato provinciale di cui all'art. 24.
- Comitati regionale di cui all'art. 25.
- Commissione di disciplina di cui all'art. 27.
- Gruppi di lavoro regionali previsti dal presente accordo e/o deliberati dalla Regione.
- Ufficio di Coordinamento dell'attività distrettuale.
- Altre Commissioni, Gruppi di lavoro o Tavoli Tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'ACN.

I compensi di cui al presente articolo sono a carico dell'Azienda presso la quale è svolto il maggior numero di ore, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere o altro.

I compensi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste per i compensi di cui all'ACN 23 marzo 2005 e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del compenso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute.

Attribuzione di incarico aziendale di struttura semplice o complessa

Le disposizioni applicabili in materia sono analoghe a quanto previsto per il personale dipendente, come da circolare regionale esplicativa in materia, prot. n.28981 del 7.6.02 che costituisce parte integrante del presente accordo.

Attribuzione di compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale

Nell'ambito di progettualità aziendali riguardanti i poliambulatori, il consultorio, i servizi specifici di riabilitazione, la continuità assistenziale, la riorganizzazione dell'offerta, sono possibili, ai sensi dell'art. 28 comma 5 lett. c), attribuzioni di compiti e/o incarichi relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale da parte dell'Azienda, nell'ambito del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN.

L'individuazione dei professionisti avverrà nel contesto dell'Accordo Aziendale.

Il correlato trattamento economico è definito in analogia al trattamento del responsabile di branca, salvo ulteriori Accordi aziendali.

Responsabile di branca e Responsabile interdisciplinare

Riferimenti normativi e premesse

Il presente accordo conferma quanto già previsto, a tale titolo, dalla DGR n.557 del 20.6.03, in particolare, si ribadiscono i criteri di individuazione del responsabile di branca, nonché i compiti assegnati al medesimo, come di seguito riportato:

1. in ogni A.S.L., per ciascuna Branca Specialistica, si procede ad individuare un Responsabile, con funzioni di referente tecnico per le attività specialistiche territoriali della branca stessa.
2. Il Responsabile di Branca viene individuato fra gli specialisti ambulatoriali, titolari di incarico, con almeno 3 accessi settimanali, previo assenso dell'interessato.
3. Nello svolgimento delle funzioni connesse al ruolo di referente, il Responsabile di Branca ha compiti di coordinamento, propositivi e di monitoraggio, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni, all'interno della struttura organizzativa del Distretto.
4. E' fatta, comunque, salva l'autonomia professionale del singolo professionista.

5. Lo specialista convenzionato che è membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, assume l'incarico di responsabile interdisciplinare ed ha un rapporto costante con i vari Responsabili di Branca, al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento delle specialità a livello territoriale e sulle relative problematiche assistenziali.
6. In ragione della sua posizione di componente dell'ufficio di coordinamento partecipa a pieno titolo ai progetti che ogni singola Azienda elabora per materie specifiche.
7. Il responsabile di branca dovrà coordinare una pluralità di specialisti, in caso contrario, la funzione sarà svolta in ambito pluridisciplinare.

Funzioni e compiti del responsabile di Branca

Le funzioni di competenza del Responsabile di Branca, sono di seguito indicate:

- garantire il supporto tecnico professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportino il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- fare osservazioni e proposte riguardo alle dotazioni strumentali necessarie per le attività specialistiche ed al loro rinnovo ed aggiornamento tecnologico;
- partecipazione all'organizzazione dei progetti obiettivo di branca e delle verifiche di qualità;
- fare proposte e contribuire all'organizzazione dei Corsi di formazione ed aggiornamento obbligatori;
- in relazione agli obiettivi aziendali fare proposte per la riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento a quelle branche considerate maggiormente critiche.
- contribuire alla organizzazione dei percorsi finalizzati alla continuità terapeutica ed al completamento dell'atto terapeutico per evitare al paziente inutili liste d'attesa;

Sono fatti salvi gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente accordo, fino alla loro naturale scadenza.

Funzioni e compiti del responsabile interdisciplinare

Coordinare i responsabili di branca e promuovere l'adozione di modelli organizzativo-gestionali relativi a specifiche patologie allo scopo di favorire l'effettiva presa in carico del paziente da parte dello Specialista ambulatoriale e la gestione integrata della malattia all'interno di percorsi plurispecialistici, con il pieno coinvolgimento del MMG. Le patologie cui orientare il massimo impegno per favorire una gestione integrata sono rappresentate dal Diabete e dalle Patologie Cardio-Vascolari e comunque quelle multiorgano.

Il responsabile Interdisciplinare Distrettuale partecipa all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, alle Commissioni per l'appropriatezza previste dalla DGR 1156/02 in ogni Distretto e presiedute dal Direttore del Distretto e raccoglie e presenta al Direttore di Distretto i progetti obiettivo proposti dai Responsabili di Branca.

Individuazione del Responsabile di Branca e del Responsabile Interdisciplinare

Con l'entrata in vigore del presente accordo, vengono nominati i nuovi responsabili di Branca. Sono fatti salvi gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente Accordo Regionale.

Pertanto, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL della deliberazione di Giunta Regionale che recepisce, approvando, il presente Accordo Integrativo Regionale, l'Azienda procederà alla pubblicazione di un avviso attraverso il quale reperire le disponibilità del singolo specialista, interessato alla funzione di responsabile di branca o di sostituto, nonché le proposte di individuazione di candidati, formulate dalla stessa categoria.

Il Direttore Generale, sentiti i Direttori di Distretto interessati, assume il provvedimento di nomina del Responsabile di Branca e Interdisciplinare, nonché dei sostituti.

Le funzioni, i compiti e i compensi spettanti al Responsabile di Branca e Interdisciplinare decorrono dal giorno successivo alla data del provvedimento del Direttore Generale di nomina.

L'incarico in questione ha durata quadriennale ed i criteri per l'individuazione

sono concordati in sede aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative .

Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico in qualsiasi momento, con preavviso di trenta giorni mediante lettera indirizzata al Direttore Generale, in tal caso le funzioni vengono assicurate dal sostituto fino alla scadenza del quadriennio.

Il Direttore Generale può revocare l'incarico dandone motivazione scritta.

Per l'attività espletata dallo specialista come Responsabile di Branca o Interdisciplinare verrà corrisposta una indennità, nella misura che va da un minimo del 10% ad un massimo del 20% del compenso lordo annuale diviso per tredici mensilità. La percentuale da corrispondere dovrà tener conto del numero degli specialisti coordinati, della estensione dell'Azienda e della complessità del territorio in cui opera il Responsabile di Branca.

Perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa

Le parole d'ordine che stanno sempre più caratterizzando il sistema sanitario sono: efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità. Tra queste "parole chiave" della sanità si sta sempre più caratterizzando il ruolo centrale, testimoniato anche dalla disposizioni normative nazionali e regionali in materia, riconducibile alla appropriatezza.

L'appropriatezza va distinta in *clinica o specifica* ed *organizzativa o generica*

L'appropriatezza clinica o specifica (diagnostica, terapeutica, ecc.), va ricondotta alla misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili dal suo impegno. Non solo, dovrebbe essere anche l'intervento in cui il rapporto benefici/danni è più elevato: occorrerebbe cioè tenere anche conto dei costi e considerare più appropriato un intervento meno efficace di un altro se la differenza di efficacia è piccola e l'intervento più efficace costa molto di più.

L'appropriatezza organizzativa o generica, fa riferimento ai livelli di effettuazione delle prestazioni (ad es. domicilio, ambulatorio, R.S.A.). Per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriato dal punto di vista dell'appropriatezza clinica o specifica) viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso. A tale riguardo è stato ampiamente documentato che una quota non trascurabile di ricoveri ospedalieri ordinari sono sostituibili da trattamenti ambulatoriali o domiciliari, portando il legislatore a porre in essere una serie di interventi correttivi.

Dalla definizione delle due tipologie di appropriatezza, che non possono essere considerate in maniera disgiunta ma devono integrarsi ed armonizzarsi tra loro, si può arrivare a definire cosa si intende per prestazione sanitaria appropriata.

Prestazione indicata in un determinato paziente, per il quale i benefici attesi superano i potenziali rischi (appropriatezza clinica o specifica) ed erogata ad un livello organizzativo adeguato in termini di sicurezza e di economicità nel consumo di risorse (appropriatezza organizzativa o generica).

Appropriatezza ed efficacia rappresentano due dimensioni fondamentali della qualità dell'assistenza sanitaria.

La promozione e il perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi rappresenta uno strumento di equità, determinando una riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza, nonché di efficienza operativa ed allocativa, consentendo un migliore utilizzo delle risorse.

Si considera di particolare rilevanza:

- individuare strategie regionali volte al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e alla loro sostenibilità economica;
- avviare un sistema di monitoraggio e valutazione centrale dell'assistenza erogata, che individui: a) documentata inappropriata d'uso di specifiche prestazioni; b) situazioni di grave squilibrio tra domanda e offerta, individuate attraverso la presenza di lunghi tempi di attesa e con l'analisi specifica dei flussi informativi disponibili e con indagini ad hoc delle patologie maggiormente incidenti in ragione dell'età e del sesso;
- analisi su aree prestazionali ad elevato costo, nell'ambito dell'intero SSR.

Per il perseguimento dell'appropriatezza risulta indispensabile porre le condizioni affinché le prestazioni, in qualunque presidio territoriale vengano erogate, siano effettuate in tempi equivalenti. Per tale motivo, ed anche per dare uniformità al CUP Regionale, si demanda al Comitato Regionale di cui all'art. 25 dell'ACN il compito di predisporre un documento che, nel rispetto del rapporto costo/beneficio e dell'efficacia della risposta, individui il tempo di prenotazione di ogni visita ed accertamento a carico del SSR.

Riferimenti legislativi

I riferimenti normativi, nazionali regionali, fanno espresso riferimento alle due tipologie di appropriatezza che abbiamo analizzato.

Già il *PSN 1998-2000* ha tra le "idee forti" la promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari e tra i "principi guida" quello dell'efficacia degli interventi, in base al quale "le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni di efficacia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che ne possono trarre beneficio maggiormente".

Il successivo *Decreto Legislativo 229/1999* stabilisce che sono escluse dalle prestazioni erogate a carico del servizio sanitario nazionale (non fanno parte dei "livelli essenziali di assistenza") quelle che non soddisfano "i principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate"; o, se ci sono altre prestazioni per lo stesso scopo, quelle che "non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse" (principio di costo-efficacia), o "non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione dell'assistenza" (principio dell'appropriatezza organizzativa).

La nostra Regione, per tale aspetto, può considerarsi all'avanguardia. Infatti nel Lazio è stato messo a punto un sistema di valutazione dell'appropriatezza organizzativa (metodo APPRO) basata sui dati correnti che tiene conto della mancata risoluzione della dimensione sociale del ricovero sulla scheda di dimissione ospedaliera, metodo presentato come progetto di ricerca al Ministero della Salute che, riprendendo le "parole chiave" della sanità precedentemente individuate, costituisce il connettivo tra le stesse attraverso quella disciplina che è l'epidemiologia che può e dovrebbe contribuire ai processi di cambiamento del SSN.

Il forte interesse del legislatore alla problematica è ulteriormente confermato da quanto previsto nella *Legge 266/2005* (legge finanziaria 2006), che al comma 283 prevede l'istituzione di una "Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale".

Strategie

Il complesso ed articolato quadro che abbiamo delineato comporta, per quanto di rispettiva competenza, il fattivo e propositivo contributo ed impegno di tutte le figure professionali, ai vari livelli, del SSN.

Indipendentemente dalla patologia di cui è portatore il paziente, vi sono specifiche fasi assistenziali la cui gestione critica è frequente causa di inappropriatezza organizzativa; tra queste, è possibile citare la fase di dimissione dal ricovero di pazienti non autosufficienti e/o fragili, ed in particolare la tempestività della presa in carico per la continuazione delle cure presso il domicilio con la definizione di protocolli ad hoc condivisi.

Al riguardo la Specialistica Ambulatoriale deve partecipare attivamente al processo in atto di rimodulazione dell'attività assistenziale in ambito territoriale, dando il via a "La rete integrata MMG-PLS, medico specialista, ospedale" le cui parole chiave sono riassunte nella Tabella 1.

Tabella 1: "La rete integrata", parole chiave

presa in carico del paziente, senza "fermate intermedie", per tutto l'iter diagnostico-terapeutico
appropriatezza clinica nella prescrizione di visite ed esami specialistici
migliore organizzazione dei servizi
in via sperimentale presidi mobili autogestiti per le fasce sociali più deboli

Questo percorso, che dovrà essere definito da ogni azienda USL , con specifici modelli organizzativi, già prevede al suo interno un intervento sulla appropriatezza clinica, necessita di strumenti di approfondimento per quel che riguarda quest'ultima. Si ricorda, a tale riguardo, che la regione Lazio ha previsto nella Delibera di Giunta Regionale n.1156/02, istituito con Determinazione del Dipartimento Sociale n. 894 dell'8.11.2002, l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza. La suddetta deliberazione prevede l'istituzione di apposite Commissioni a livello distrettuale con la presenza anche di rappresentanti degli specialisti ambulatoriali.

La Regione promuove il perseguimento dell'appropriatezza dell'assistenza attraverso l'implementazione di raccomandazioni contenute all'interno di *linee guida* di buona qualità metodologica - a partire da quelle presenti nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida - tenendo in considerazione le priorità individuate nel presente Accordo e le indicazioni pervenute dall'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza e le criticità locali.

Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

L'Osservatorio rappresenta un organismo centrale di riferimento per tutti i soggetti del SSR e, in particolare, per i medici prescrittori. Esso ha la funzione di analizzare e valutare la tipologia e l'andamento delle diverse prestazioni sanitarie, promuovendo metodologie e strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza, con particolare riguardo all'attività prescrittiva.

Sono obiettivi dell'Osservatorio:

- perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'attività prescrittiva;
- contribuire al miglioramento nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione delle Aziende per il raggiungimento degli obiettivi di salute a queste affidati;
- contribuire alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

L'Osservatorio ha sede presso l'Assessorato Regionale alla Sanità, è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da un suo delegato e ne fa parte un rappresentante della specialistica ambulatoriale, per ciascun sindacato medico firmatario dell' Accordo regionale.

Al fine di garantire continuità operativa, è prevista la nomina di un supplente per ogni componente che può partecipare alle riunioni in qualità di uditore; allo stesso spetta la stessa remunerazione prevista per il titolare.

L'Osservatorio si riunisce ordinariamente almeno una volta al mese per undici mesi all'anno, ed opera sulla base di una revisione del Regolamento approvata nelle prime sedute.

Le Direzioni Generali delle Aziende si impegnano a dare ampia diffusione di quanto elaborato dall' Osservatorio Regionale per l' Appropriatezza delle prestazioni sanitarie presso tutti i professionisti, anche in relazione a quanto previsto dal presente Accordo.

Per i lavori connessi all'attività è corrisposto ai partecipanti, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 150,00 al lordo dei contributi e delle ritenute fiscali. Tale onere è a carico dell' Azienda presso cui lo specialista e/o il professionista prestano servizio.

Commissioni distrettuali per l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni

In ogni Distretto è prevista l'istituzione della Commissione per la appropriatezza e la qualità delle prestazioni, presieduta dal Direttore di Distretto, con la partecipazione dei MMG, dei rappresentanti medici delle strutture ospedaliere, degli specialisti ambulatoriali e dei farmacisti aziendali. Si tratta di un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, di natura distrettuale, finalizzato a leggere e interpretare le dinamiche dell' utilizzo delle prestazioni sanitarie da parte dei residenti nel territorio di

riferimento e a promuovere iniziative di sensibilizzazione, formazione, indirizzo e supporto per il conseguimento di comportamenti appropriati di natura clinica ed organizzativa, con particolare riferimento all'ambito prescrittivo.

Le commissioni verificano anche l'attuazione e l'efficacia dei modelli organizzativi definiti dalle singole Aziende USL.

Dette Commissioni si riuniscono, di norma, mensilmente per undici mesi l'anno.

Il Direttore del Distretto, sentita la Commissione, ha la facoltà di far decadere dall'incarico, sostituendolo, il componente che, anche attraverso ripetute assenze, dovesse far mancare il suo contributo fattivo alle attività della Commissione.

Per i lavori connessi all'attività è corrisposto ai partecipanti, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario onnicomprensivo di € 150,00 al lordo dei contributi e delle ritenute fiscali. Tale onere è a carico dell' Azienda presso cui lo specialista e/o il professionista prestano servizio.

Linee guida per la prescrizione

Per promuovere e favorire l'adozione, a tutti i livelli del sistema, di principi di qualità offerti dalla medicina basata sulle evidenze scientifiche, si rende necessaria la individuazione, a livello regionale, di linee guida per la prescrizione farmaceutica, destinate a tutte le figure professionali operanti nel SSR. Tali strumenti, finalizzati anche alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, sono elaborati, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio per l' Appropriatazza, da gruppi di lavoro istituiti dalla Regione Lazio con la collaborazione delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo e delle società scientifiche. Le linee guida, in particolare, dovranno comprendere raccomandazioni per la prescrizione appropriata nell'ambito delle categorie terapeutiche maggiormente critiche.

Tutti i soggetti prescrittori operanti a qualsiasi titolo all'interno o per conto del SSR, sono tenuti alla considerazione di tali linee guida e degli eventuali aggiornamenti.

Nel caso in cui la Regione individui aree critiche in cui si ravveda la concreta necessità di adeguare i comportamenti prescrittivi a raccomandazioni contenute all'interno di linee guida nazionali o internazionali, le Direzioni Aziendali e le OO.SS. firmatarie dell'Accordo regionale si impegnano a promuovere attivamente, per quanto di loro competenza, tali modalità prescrittive, nel rispetto dell' autonomia professionale del singolo medico.

Le parti concordano sulla necessità, da parte della regione Lazio, di implementare, nei tempi più brevi possibili, il Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio, orientandone e facilitandone l'utilizzo.

Nel caso lo specialista ritenga necessaria l'esecuzione di ulteriori accertamenti utilizzerà per la prescrizione degli stessi il ricettario del SSR, al fine di semplificare le necessarie prenotazioni da parte dell'assistito.

L'Accordo aziendale definisce i criteri affinché lo specialista, ai fini della definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, abbia la possibilità di programmare successivi controlli o interventi, secondo i tempi e i modi stabiliti dallo stesso.

I Direttori Generali delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere provvedono a diffondere le disposizioni che regolano i rapporti tra medici di assistenza primaria e medici specialisti, relativamente alle procedure di accesso a prestazioni sanitarie a carattere diagnostico - terapeutico - riabilitativo e alle relative modalità di prescrizione, vigilando sulla loro corretta applicazione, anche attraverso la diffusione degli strumenti già elaborati dall'Osservatorio per l'Appropriatezza.

Eventuali anomalie riscontrate sono comunicate alla Commissione distrettuale per l'appropriatezza competente per territorio, che propone alla Direzione Generale l'adozione delle misure di competenza. I comportamenti recidivi sono segnalati per conoscenza anche all'Ordine dei Medici.

Per quanto sopra non previsto fanno testo l'ACN e il Codice Deontologico.

Corretto utilizzo del ricettario

Assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del SSR alla puntuale adesione agli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

A tal fine si concorda quanto segue:

- le prescrizioni debbono essere emesse secondo le normative vigenti e riportare oltre il codice SIAS, il nome ed il cognome del prescrittore, il titolo di specializzazione e la struttura di appartenenza.
- Il Comitato Regionale individuerà, successivamente, le modalità di distribuzione dei ricettari.

Modelli organizzativi

L'Azienda USL individua nel proprio territorio modelli organizzativi atti a garantire la presenza, per un arco di tempo non inferiore alle 10 ore, di professionisti per assicurare l'assistenza alle patologie a più alto indice di ricovero nel distretto (es. diabete, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie).

A tal fine si allegano, al presente accordo, quale esempio organizzativo i progetti relativi a:

1. progetto per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco in ambito territoriale;
2. realizzazione dei presidi integrati per le cure primarie con l'applicazione del "chronic care model" – proposta per la realizzazione di una rete integrata di cure primarie per la riqualificazione dell'assistenza specialistica distrettuale;
3. tempi di attesa: la rete integrata mmg-pls, medici di distretto, medici specialisti ed ospedale;
4. esempio di una rete assistenziale integrata.

Mobilità, orario di lavoro e intra-moenia

Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 17 dell'ACN, qualora siano presenti più specialisti ambulatoriali o più professionisti, si stabiliscono i seguenti criteri per adottare il provvedimento di mobilità:

- minore anzianità complessiva di incarico;
- minore anzianità di incarico presso l'Azienda USL;
- minore numero di ore di incarico;
- residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico).

Per quanto riguarda il recupero di eventuali ritardi, si procede prioritariamente protraendo nello stesso giorno l'orario d'incarico fino al completamento del medesimo. A garanzia degli utenti le prestazioni prenotate dovranno comunque essere soddisfatte.

Tale disposizione si applica anche ai medici ed ai professionisti transitati dal Ministero di Giustizia al S.S.N. per i quali vige l'ACN 23/03/05.

Ove ciò non sia possibile, il recupero di eventuali ritardi d'orario sarà organizzato entro il mese successivo secondo modalità concordate tra lo specialista interessato e il dirigente del presidio, allo scopo di migliorare l'offerta di prestazioni e/o di contenere le liste d'attesa.

Limitatamente invece alle spese di accesso, nel caso in cui uno specialista presti servizio nella stessa giornata in più sedi della stessa Azienda USL o di Aziende USL diverse, il rimborso delle spese di accesso deve tenere conto del chilometraggio effettivamente percorso dal Comune di residenza dello specialista alla prima sede di servizio qualora sia ubicato in un Comune diverso da quello di residenza, da questa alla seconda sede ed infine da questa al domicilio. Tale criterio dovrà essere adottato nei casi in cui il margine di tempo tra un incarico e l'altro non sia sufficiente da consentire allo specialista il rientro al proprio domicilio.

Inoltre, per quanto concerne i criteri relativi all'attività libero-professionale intramuraria previsti dalla normativa regionale di cui alla deliberazione n. 376 del 13/03/2001 e successive modificazioni, andranno applicati anche al personale convenzionato interno (medici dei servizi e specialisti ambulatoriali) ivi compresa la possibilità di svolgere detta attività, previa autorizzazione della Azienda USL, presso lo studio privato in caso di mancanza di spazi utili all'interno dell'Azienda.

Formazione

1. Ai sensi dell'art. 33 dell'ACN del 23.03.2005 la formazione, complementare e continua, per lo specialista ambulatoriale ed il professionista è di interesse primario, riguarda la crescita culturale e professionale e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.
2. La formazione riguarda oltre la crescita professionale, l'assunzione di nuove responsabilità da parte dello specialista ambulatoriale e del professionista e pertanto la Regione Lazio postula l'esigenza di corsi di formazione mirati sui reali bisogni degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti ed investimenti adeguati anche nella promozione di attività di ricerca epidemiologica nel territorio che costituisce il fondamento e la base delle conoscenze autonome di una specifica disciplina.
3. La Regione Lazio promuove la programmazione delle iniziative per la formazione continua e obbligatoria tramite il finanziamento di corsi che tengono conto degli obiettivi formativi di interesse nazionale, regionale e aziendale; nelle more della costituzione di un Consiglio Didattico Regionale tali corsi saranno organizzati dalle Aziende USL che si avvarranno anche di Società Scientifiche accreditate che abbiano conseguito esperienza formativa nello specifico ambito in cui operano gli specialisti ambulatoriali ed i professionisti.
4. Il Consiglio Didattico Regionale, che definisce indirizzi e obiettivi generali di formazione e ne coordina le attività a livello aziendale e regionale, dovrà essere istituito entro tre mesi dalla firma del presente accordo e dovrà prevedere quattro esperti nominati dall'Assessore regionale alla Sanità, anche in rappresentanza delle Aziende USL e quattro rappresentanti nominati dai membri eletti dagli specialisti ambulatoriali in seno al Comitato Consultivo Regionale di cui all'art.25 dell'ACN del 23.03.2005. Al suo interno sarà nominato un Presidente su indicazione dell'Assessore alla Sanità. Il Consiglio

Didattico dovrà riunirsi con cadenza almeno mensile con lo scopo di curare la formulazione dei nuovi programmi didattici e la piena, corretta ed omogenea attuazione degli stessi, verificare l'adeguatezza delle sedi, degli strumenti e dei sussidi didattici necessari per il regolare svolgimento dei corsi; i partecipanti alle suddette riunioni avranno diritto ad un rimborso spese di € 100,00 per ogni riunione oltre ad un compenso mensile omnicomprendivo lordo di € 1500,00. Tali riunioni verranno convocate dal Presidente.

5. La Regione Lazio, tenuto conto dell'ACN del 23.03.2005, riconosce attività formative dello specialista ambulatoriale e del professionista nelle seguenti aree:

1. **formazione specifica** dello specialista ambulatoriale e del professionista;
2. **formazione continua** dello specialista ambulatoriale e del professionista;
3. **insegnamento universitario** pre-laurea, tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica;
4. **ricerca** clinico epidemiologica e sperimentazione;

6. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività dello specialista ambulatoriale e del professionista; pertanto la Regione Lazio garantisce fondi necessari e sufficienti alla organizzazione e realizzazione di corsi di formazione allo scopo di migliorare efficacia, appropriatezza, efficienza e sicurezza della assistenza offerta alla popolazione regionale. L'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione obbligatoria è quanto previsto nella DGR 557/03. Tali corsi saranno approvati dal Consiglio Didattico Regionale e devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Essere inquadrati negli obiettivi formativi nazionali, regionali e/o aziendali;
- Accreditati ECM dalle Aziende Sanitarie Locali o da Società Scientifiche accreditate che abbiano conseguito esperienza formativa nello specifico ambito in cui operano gli specialisti ambulatoriali ed i professionisti;
- Uniformi a livello regionale per almeno il 50% per garantire obiettivi di efficacia, efficienza, appropriatezza comuni, con la quota rimanente per eventuali bisogni formativi locali (aziendali e/o distrettuali);
- Prevedere eventi formativi tra Specialisti Convenzionati e Dipendenti afferenti alla stessa branca, al fine di migliorare l'uniformità di approccio a livello aziendale;
- Prevedere tra i docenti anche Specialisti ambulatoriali e professionisti;

- Prevedere una formazione con caratteristiche di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, finalizzata all'avvio di attività integrata nell'ambito della struttura di afferenza;
- Riconoscere attività formative nell'area dell'insegnamento universitario post laurea, insegnamento di base pre laurea, aggiornamento e audit, ricerca clinico epidemiologica e sperimentazione (art. 33 comma 3);
- Attivare la F.A.D. con permesso retribuito (art. 33 comma 8).

7. Lo Specialista Ambulatoriale interno è comunque tenuto alla partecipazione dei corsi obbligatori previsti a livello regionale o aziendale, anche oltre il credito massimo eventualmente conseguito con percorsi autogestiti.

8. Allo specialista ambulatoriale interno, in mancanza di corsi aziendali e/o regionali, e' concesso, esclusivamente per il conseguimento dei crediti formativi obbligatori, un permesso annuale retribuito pari a quello del dirigente medico in proporzione alle ore di effettivo incarico.

9. Le risorse assegnate alle Aziende per la formazione degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti dovranno essere finalizzate e vincolate in un capitolo di spesa specifico.

10. Agli specialisti ambulatoriali ed ai professionisti, le Aziende USL comunque mettono a disposizione, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative in un calendario, periodicamente aggiornato, per consentire allo specialista di programmare la propria partecipazione.

11. Al medico specialista ambulatoriale ed al professionista è consentita altresì:

- a) attività di tutoraggio in sede di attività professionale (ad es. tirocinanti per la Medicina Generale);
- b) attività di tutoraggio pre- post- laurea (scuole di specializzazione), previo accordo con le Università.

Per le attività di docenza sono riconosciuti crediti didattici, equiparati a crediti formativi, ed inoltre è previsto un compenso omnnicomprensivo, a seduta, pari a € 150,00 al lordo dei contributi e delle ritenute fiscali.

12. Allo specialista è consentita inoltre attività di ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmacovigilanza e al monitoraggio post-

marketing dei farmaci di recente introduzione; in tali ambiti il ruolo dello specialista ambulatoriale dovrà essere valorizzato con specifici progetti-obiettivo.

13. Le parti concordano sulla necessità di definire e promuovere, a livello aziendale, percorsi formativi comuni tra medici e professionisti che operano nel territorio e medici e professionisti che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie condivise finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Progetti finalizzati e Accordi aziendali

Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 31 dell'ACN 23/03/2005 sono integrate con quanto stabilito dal presente Accordo Regionale.

La definizione e la redazione dell'Accordo con gli Specialisti Ambulatoriali Interni rientra fra i compiti dell'Azienda USL; ciò comporta che, entro 60 gg. dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo, le Aziende debbano avviare le procedure per la definizione degli accordi aziendali.

Si indicano, qui di seguito, alcune aree di intervento da attuare in collaborazione con i Medici di Assistenza Primaria e/o Pediatri di Libera Scelta, secondo modalità da definire in sede aziendale:

- individuazione di percorsi preferenziali diagnostico-terapeutico-assistenziali per pazienti multiproblematici, assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica. Tale modalità è finalizzata a ridurre le liste di attesa e a diminuire il disagio del paziente derivante da più accessi;
- individuazione di modalità organizzative finalizzate alla consulenza telefonica da parte dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ai Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Libera Scelta ed altre Professionalità, con il coinvolgimento del personale tecnico e/o sanitario;
- partecipazione dello Specialista Ambulatoriale Interno sia alla Unità Valutativa Multidimensionale sia all'Assistenza Domiciliare Integrata;

- consulenza specialistica presso le RSA, Ospedali territoriali ed altre strutture intermedie;
- coinvolgimento dello Specialista Ambulatoriale Interno negli screening individuati dai programmi regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- partecipazione alla definizione e realizzazione di progetti finalizzati ad evadere le richieste di prestazioni a carattere di urgenza differibile con modalità da concordare a livello aziendale;
- partecipazione alla sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, di strutture operative complesse organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni, Professionalità Sanitarie e Dirigenti Medici di Distretto, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni Azienda, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29/07/04, anche al fine di ridurre le liste d'attesa e perseguire l'appropriatezza diagnostica e terapeutica.
- sperimentazione di strutture specialistiche mobili, organizzate secondo quanto previsto dagli accordi aziendali, al fine di diminuire il disagio degli utenti delle fasce più deboli per la lontananza dell'ambulatorio pubblico di riferimento dal luogo di residenza;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi del comma 5 dell'art. 31 dell'ACN;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali nelle attività previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005/2007 recepito con DGR n.729 del 4.8.2005 e DGR n. 1166 del 23.12.2005;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali nella progettualità regionale finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

Ai sensi dell'art. 42 comma 3, per il presente aspetto è riconosciuta la quota già prevista nella D.G.R. 557/03. Tale importo è incrementato in ambito aziendale dalle quote di anzianità rese disponibili a far data dall'1/01/04, a seguito del collocamento in quiescenza di specialisti ambulatoriali e/o professionisti.

Tipologie di progetti

Al fine di uniformare la presentazione dei progetti si ritiene di demandare al Comitato Regionale la predisposizione di uno schema-tipo. Tale iter è previsto per i progetti finanziati secondo le disposizioni della DGR n.557/03.

Le Aziende indicano, all'atto della presentazione dei progetti, gli indicatori per la loro valutazione, misurabili e pertinenti, nonché gli standard collegati che saranno validati dal Comitato Regionale con il supporto tecnico di Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

1. PERCORSI ASSISTENZIALI FACILITATI

Obiettivo contributo alla formazione di percorsi che dalla prenotazione alla erogazione della prestazione ovvero alle ulteriori prestazioni richieste dallo specialista ovvero alle prestazioni successive, riducano al minimo indispensabile gli accessi alla struttura.

Detti progetti dovranno riguardare in particolar modo le patologie croniche di maggior impatto sociale (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie osteoarticolari, etc.)

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico e amministrativo.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

2. INTERDISCIPLINARIETÀ DIAGNOSTICA

Obiettivo è finalizzata alla diagnosi completa nel minor tempo possibile con un minimo di accessi alla struttura sanitaria ed alla continuità terapeutica con l'eventuale partecipazione e collaborazione dei Medici di famiglia.

Nell'ambito di detta attività va ricompresa anche l'assistenza specialistica finalizzata a concorrere a programmi di preospedalizzazione e dimissioni protette.

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico e amministrativo.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo.

3. AREA MATERNO INFANTILE E DI PREVENZIONE

Obiettivo promozione di interventi di educazione sanitaria per la riduzione del ricorso alle IVG soprattutto nelle adolescenti; interventi di sostegno alle donne nel periodo della menopausa; prevenzione dell'obesità e individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare; aumento dell'offerta ed interventi di promozione dei corsi di preparazione al parto.

Partecipanti medici specialisti, psicologi, ostetriche personale infermieristico e amministrativo dei consultori familiari.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

4. AREA DELLA SENESCENZA E DELLA DISABILITA'

A) RSA

Obiettivo presenza degli specialisti nelle RSA (fisiatra/neurologo/internista/cardiologo o altro specialista richiesto dal medico di famiglia secondo i piani di intervento) per garantire la continuità assistenziale e contrastare il ricorso al ricovero ospedaliero

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

B) CENTRI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Obiettivo potenziamento dell'attività specialistica in collaborazione con i Centri di Assistenza Domiciliare sia nella fase di valutazione che in quella di predisposizione e realizzazione dei piani di intervento individuali anche rivolta ai malati in fase terminale.

Concorrere a programmi di dimissioni protette con condivisione della presa in carico dei pazienti .

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico e amministrativo CAD.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

C) ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA AGLI ADULTI ED AI MINORI

Obiettivo partecipazione alle attività di valutazione dei progetti riabilitativi presentati dalle strutture di riabilitazione estensiva e di mantenimento rivolti ai disabili nonché di valutazione, prescrizione e collaudo di presidi ed ausili protesici eseguiti a domicilio;

Partecipanti medici specialisti.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

5. T.A.O

Obiettivo: gestione ambulatoriale della terapia anticoagulante orale in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Partecipanti: Medici specialisti e personale del laboratorio interessato.

Compenso: è proporzionato al numero dei casi trattati.

6.UTAP

Relativamente alle UTAP, gli Accordi Aziendali prevederanno le modalità di partecipazione e di remunerazione dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e dei Professionisti.

7.RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Obiettivo favorire una più ampia accessibilità ai servizi per la fruizione di prestazioni specialistiche, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico e amministrativo.

Si rinvia alla DGR 1290 del 23.12.04, con particolare riferimento ai suoi aspetti organizzativi e con il presente accordo si intendono confermati i seguenti punti:

1. L'Azienda adotta, secondo le esigenze delle strutture stesse, criteri di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali che, tenuto conto della media di appuntamenti inevasi e delle esigenze relative alle urgenze, prevedano, per ciascun specialista, una quota di appuntamenti in soprannumero rispetto ai volumi di attività contrattualmente previsti per la relativa disciplina.
2. Lo specialista si impegna ad eseguire tutte le prestazioni prenotate, per singola giornata di attività, comprese quelle eccedenti il numero contrattualmente programmato, nella misura concordata con l'Azienda.
3. Nel caso in cui il numero delle prestazioni eseguite nella singola giornata, ecceda quelle contrattualmente dovute, al singolo professionista verrà corrisposto un compenso pari al 70% di quanto previsto dal tariffario regionale in vigore; per la partecipazione al presente progetto allo specialista che abbia accettato almeno un aumento mensile del 25% delle prenotazioni spetta un'indennità forfettaria di €. 4,00 per ogni ora di incarico.
4. Qualora gli specialisti ambulatoriali svolgano attività in équipes con il personale dipendente nell'ambito di progetti e programmi finalizzati all'interno dell'orario di

servizio come già previsto per il personale medico dirigente, ai medesimi, quale retribuzione di risultato per l'attività correlata ai livelli di produttività ed ai risultati raggiunti, è previsto un compenso pari a 4,00 € l'ora in riferimento all'orario di incarico.

5. In caso di formazione di équipes di specialisti convenzionati, anche costituiti in forma associativa o cooperativa, ai componenti le stesse, per le prestazioni eseguite in strutture autonomamente gestite in via sperimentale, previa autorizzazione dell'azienda, sarà corrisposto, per le prestazioni quanto previsto dalla tariffa regionale, mentre non sarà riconosciuta la quota forfetaria di € 4,00 ad ora.
6. Nel caso di prestazioni di équipe di specialisti di laboratorio di analisi la équipe provvede, con mezzi a proprio carico, ad attivare specifici centri di prelievo, autorizzati dall'Azienda, finalizzati alle fasce più deboli. Le analisi devono essere eseguite presso il Laboratorio territoriale di riferimento dell'équipe al di fuori dell'orario di servizio e sono remunerate, previo accordo aziendale, su base percentuale del nomenclatore tariffario regionale.
7. Per progetti che prevedano l'ampliamento dei servizi resi al pubblico (aumento orario apertura sale prelievo e sportello consegna referti ecc.) agli specialisti che aderiscono, spetta l'indennità forfetaria di € 4,00 per ogni ora di incarico.
8. Al fine di mantenere il livello qualitativo delle prestazioni fornite, qualora l'eccedenza delle stesse superi il 50% delle prestazioni contrattualmente previste, le stesse dovranno essere eseguite oltre l'orario di servizio senza ulteriore remunerazione se non quella prevista.
9. Mensilmente, il Direttore del Distretto trasmette all'Ufficio personale a convenzione, parte integrante del progetto con compiti e indennità di risultato definiti dagli accordi aziendali, le prestazioni aggiuntive effettuate dal singolo professionista per la relativa liquidazione.
10. Trimestralmente, in sede Aziendale, verrà effettuato un monitoraggio dei risultati conseguiti nelle diverse strutture ove il progetto è stato avviato, al fine di individuare, in caso di scostamenti rispetto all'atteso, idonei correttivi. La liquidazione avverrà con cadenza semestrale.

8. OSSERVATORIO PATOLOGIE AMBULATORIALI

Gli Specialisti ambulatoriali, con la loro partecipazione ai percorsi informativi, possono svolgere un ruolo determinante nel sistema sanitario regionale quale punto di riferimento diretto per il monitoraggio e lo studio delle patologie maggiormente incidenti

in ragione dell'età, del sesso e del luogo di residenza, attraverso la costituzione di un Osservatorio Specialistico Regionale.

In relazione alle migliaia di visite che ogni giorno vengono effettuate negli ambulatori territoriali ed in riferimento alle numerose branche specialistiche interessate, gli Specialisti Ambulatoriali sono elementi insostituibili all'interno di un processo informativo che consentirebbe in tempo reale l'afflusso di dati aggiornati essenziali per condurre ad un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

Non deve tra l'altro essere sottovalutata l'importanza che tali dati rivestono per una più adeguata valutazione dell'attività prescrittiva e della spesa farmaceutica.

Pertanto, l'obiettivo di tale progetto è, attraverso l'analisi delle patologie preminenti negli ambulatori territoriali, profondamente diverse dalle patologie ospedaliere, giungere: 1) ad una più attenta programmazione e razionalizzazione delle risorse professionali nelle diverse specialità con conseguente maggiore efficienza del sistema che porterebbe ad una riduzione dei ricoveri impropri; 2) ad una maggiore integrazione dei servizi assistenziali distrettuali con il MMG ed il PLS; 3) ad una migliore analisi della spesa farmaceutica.

A tal fine si rimanda al Comitato Regionale la formulazione di un progetto che preveda, in via sperimentale, la dotazione di idonea strumentazione informatica degli specialisti ambulatoriali che aderiscono al programma di monitoraggio che dovrà avvenire attraverso le aziende strumentali della Regione (ASL, Lazio Sanità – Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e Laziomatica), entrando a far parte del processo di innovazione tecnologica del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIRS) già avviato.

ACCORDI DI INTERESSE COMUNE

Eventuali accordi di comune interesse introdotti nell'ACR della Medicina Generale e compatibili con l'area di riferimento, saranno recepiti nel presente Accordo regionale.

ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE

Ogni disposizione del presente Accordo regionale si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quanto compatibile, alle altre Professionalità Sanitarie di cui all'ACN in oggetto.

SANITA' PENITENZIARIA

Con l'ACN degli specialisti ambulatoriali interni e delle altre professioni sanitarie

non mediche, reso esecutivo in data 23.3.05, gli operatori della sanità penitenziaria, individuati nel DM del 10.4.02, sono stati inclusi nella convenzione stessa.

In considerazione di quanto sopra rappresentato, esaminata la peculiarità dell'attività che fino ad oggi è stata assicurata a favore dei detenuti tossicodipendenti da alcuni professionisti che operano presso il Centro di I° Accoglienza della ASL Roma E, l'Istituto Penitenziario Minorile di Casal del Marmo (RM/E) e presso il Carcere di Rebibbia (RM/B)

LE PARTI CONCORDANO

l'applicazione dell'ACN del 23.3.05 anche per le figure di cui all'allegato elenco (allegato 2), atteso che l'attività dagli stessi svolta è assimilabile a quella resa dagli operatori individuati nel Decreto succitato.

INFORMAZIONE

Le Aziende USL devono comunicare preventivamente alle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente Accordo Regionale e dall'art. 31 dell'ACN.

DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA

Qualora le Aziende non aprano il tavolo di trattativa entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, la Regione convoca le parti sindacali regionali e propone entro i 60 giorni successivi una soluzione sostitutiva all'accordo aziendale che sarà comunicata ai Direttori Generali delle ASL inadempienti.

ALLEGATO N.1

FINANZIAMENTO ANNUALE

A.S.L.	SPEC. TITOLATI	SPEC. SOSTITUTI	PROT. AGG.VO (T.D.)	TOTALE	20%
RM/A	6.472.400,83	402.704,94	429.024,04	7.304.129,81	1.460.825,96
RM/B				10.078.204,00	2.015.640,80
RM/C	4.970.772,52	537.792,57	605.274,15	6.113.839,24	1.222.767,85
RM/D	4.297.581,19	589.540,11	613.467,11	5.500.588,41	1.100.117,68
RM/E	3.380.311,50	931.314,57	921.531,02	5.233.157,09	1.046.631,42
RM/F				3.934.582,00	786.916,40
RM/G	3.359.434,89	467.142,50	1.198.557,63	5.025.135,02	1.005.027,00
RM/H	2.754.536,39	418.341,24	1.010.660,76	4.183.538,39	836.707,68
FROSINONE	1.941.976,09	222.187,80	1.025.223,67	3.189.387,56	637.877,51
LATINA	2.196.386,70	51.397,68	1.014.662,62	3.262.447,00	652.489,40
RIETI	923.164,87	58.348,55	487.760,47	1.469.273,89	293.854,78
VITERBO	1.794.468,74	64.429,45	109.082,12	1.967.980,31	393.596,06
A.O. S.GIOV./ADD.	54.829,04	9.508,68		64.337,72	12.867,54
A.O. S.FILIPPO N.	45.489,73			45.489,73	9.097,95

ALLEGATO 2*SPECIALISTICA AMBULATORIALE**ORE SETTIMANALI ATTIVATE ALLA DATA DEL 31 OTTOBRE 2004*

Azienda USL	ORE settimanali a tempo indeterminato	ORE settimanali a tempo determinato	ORE settimanali coperte da sostituti	ORE settimanali non coperte	Totale ore settimanali
RM A	3686,30			4860,30	8546,60
RM B	2349,5	1040,5	425,5	80,0	3895,5
RM C	2878,0	628,0	178,0	150,0	3834,00
RM D	2323,5	488,0	108,0	565,0	3484,5
RM E	1634,25	947,0	675,5	552,25	3809,0
RM F	901	750,0	175,0	32,0	1858,0
RM G	1685	1017,50	110,0	438,50	3251,0
RM H	1579,60	563,0		644,90	2787,5
FR	1200,0	1100,0	251,0		2551,0
LT	1067,0	788,0	22,0	173,0	2050,0
RI	405,5	371,0	40,0	63,0	879,5
VT	917,0	243,0		57,0	1217,0
Totale ore settimanali nella regione					38.163,6

Il totale annuo = 38.163,6 x 52 (settimane) = **1.984.507,2**

ALLEGATO 3

STRUTTURA	RUOLO PROFESSIONALE	NOMINATIVO
IPM (Istituto Penale Minorile)	Psicologo	Costa Alessandra
IPM (Istituto Penale Minorile)	Psicologo	Lunetta Michelina
CPA (Centro di Prima Accoglienza)	Psicologo	Coviello Silvana
CPA (Centro di Prima Accoglienza)	Psicologo	D'Avach Alessandra
Istituto Penale di REBIBBIA	Psicologo	De Benedetto Diletta
Istituto Penale di REBIBBIA	Psicologo	Mancini Arianna
Istituto Penale di REBIBBIA	Psicologo	Ancora Giuseppina
Istituto Penale di REBIBBIA	Psicologo	D'Andrea Antonella

PROGETTI

1. PROGETTO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO IN AMBITO TERRITORIALE

E' noto come un terzo dei pazienti affetti da scompenso cardiaco viene ricoverato ogni anno e come circa la metà di questi viene reospedalizzato entro sei mesi. Nella Regione Lazio nel corso degli anni 2000-2002 vi è stato un aumento dei ricoveri per scompenso (DRG 127) con 13.917 ricoveri nel 2000, 15.223 nel 2002.

In Italia dal 1996 al 2001 il costo per i ricoveri per Scompenso Cardiaco è cresciuto del 40% (fonte Ministero della Salute).

Il ricovero con diagnosi principale di insufficienza cardiaca (DRG 127) risulta in Italia il 3° per numero di ricoveri dopo il parto per via naturale e l'intervento di cataratta, e il 2° per entità di spesa dopo gli interventi per artroprotesi. Il costo per lo scompenso cardiaco è maggiore di quello per tutti i tipi di tumore considerati assieme.

I cardiologi ambulatoriali che operano sul territorio si trovano sovente di fronte a numerose difficoltà nei pazienti con scompenso cardiaco. La prima è quella di mantenere la continuità terapeutica intesa come gestione extraospedaliera dello scompenso da parte dello stesso medico e/o pool di medici coordinati. Altra difficoltà che lo specialista ambulatoriale incontra è quella del limitato tempo a disposizione per eseguire una completa valutazione di un paziente con insufficienza cardiaca. E ancora, il cardiologo del territorio, a differenza del cardiologo che opera all'interno di una struttura nosocomiale, si trova spesso in difficoltà per ottenere in tempi rapidi quegli accertamenti strumentali necessari nel paziente con scompenso (esami di laboratorio, Rx torace, ecocardio).

Per ovviare alle difficoltà di gestione sopra ricordate, si prevede l'avvio di un programma di gestione del paziente con insufficienza cardiaca con l'attivazione di un ambulatorio distrettuale dedicato allo scompenso per il quale occorrono:

- Medici cardiologi operanti sul territorio che si rendano disponibili diversificando la propria attività in alcuni giorni della settimana.
- Presidio territoriale dotato di ecocardiografo, radiologia, laboratorio analisi con

“percorso dedicato” per la routine e per gli esami più specifici (BNP, INR, digossinemia).

- Archivio cartaceo e/o informatizzato.
- Collegamento con i reparti ospedalieri di riferimento, i Medici di Medicina Generale ed altre strutture distrettuali di riferimento.
- Linea telefonica dedicata per la gestione degli appuntamenti (distinti in prime visite e controlli).
- Personale infermieristico con il compito di rilevare i parametri ai quali il paziente dovrà prestare attenzione (peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi), nonché la segnalazione di sintomi forieri di instabilizzazione.
- Facilità di accesso alla struttura cardiologica di riferimento in caso di peggioramento clinico.

2. REALIZZAZIONE DI PRESIDI INTEGRATI PER LE CURE PRIMARIE CON L'APPLICAZIONE DEL "CHRONIC CARE MODEL" - PROPOSTA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI UNA RETE INTEGRATA DI "CURE PRIMARIE" E PER LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SPECILISTICA DISTRETTUALE

Ogni anno, secondo l' O.M.S., muoiono nel mondo 35 milioni di persone a causa di malattie croniche, su un totale di 58 milioni di decessi. Le malattie croniche rappresentano di gran lunga la prima causa di morte non solo nei paesi più ricchi, ma anche nei paesi a medio e medio-basso livello di sviluppo; anzi l'80% dei decessi mondiali per malattie croniche avviene proprio in questi paesi, dove le persone si ammalano e muoiono in età più giovane rispetto a quelle dei paesi ad alto reddito e dove i sistemi sanitari sono meno finanziati e meno attrezzati per fronteggiare tale epidemia.

La maggior parte delle malattie croniche non provocano una morte improvvisa ma sono causa di condizioni progressive e fortemente invalidanti, soprattutto se queste non sono adeguatamente trattate.

La constatazione che l'80% delle risorse della sanità (assistenza medica e infermieristica, farmaci, utilizzazione delle strutture ospedaliere, etc.) siano destinate al trattamento delle malattie croniche non sorprende nessuno. I numeri dei pazienti affetti da malattie croniche sono imponenti; in Italia stime molto prudenti parlano di 5 milioni di ipertesi, 5 milioni tra broncopatici cronici e asmatici, 2 milioni di diabetici. Desta invece sorpresa l'osservazione – comune in tutti i sistemi sanitari – dei bassi livelli di

qualità dei servizi erogati, soprattutto a livello di cure primarie: negli USA solo il 27% degli ipertesi è trattato adeguatamente, solo il 42% e 66% dei diabetici tiene sotto controllo i lipidi ematici e la pressione arteriosa; il 50% dei pazienti dimessi dall'ospedale con diagnosi di scompenso cardiaco vi rientrano nell'arco temporale di 90 giorni. I motivi di ciò sono da ricondurre al modello di cura adottato per questi pazienti: un modello tradizionale basato su un approccio "attendista", non pianificato, dove il rapporto medico-paziente si realizza nel momento della comparsa dei sintomi, dove il programma assistenziale (laddove esiste) risiede nella memoria del medico e nei suoi archivi generalmente assai poco organizzati.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza per i pazienti affetti da malattie croniche, in particolare coloro a maggiore rischio di disabilità e di morte prematura, si consegue attraverso un approccio pro-attivo (in grado cioè di prevedere e anticipare eventuali complicazioni e aggravamenti della malattia), il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità, la forte integrazione tra cure primarie e secondarie, l'utilizzazione di percorsi assistenziali e di linee guida evidence-based, la motivazione dei professionisti anche attraverso adeguati incentivi.

Intervenire pro-attivamente nelle malattie croniche significa attuare alcune fondamentali strategie;

- la stratificazione del rischio (*risk stratification*), ovvero l'identificazione di pazienti con differenti livelli di rischio, basata sul precedente uso dell'assistenza sanitaria (es: ricoveri ospedalieri), sulla co-morbilità, e sulla presenza di markers di gravità di malattia;
- la selezione dei pazienti ad alto rischio, che avviene con l'utilizzo di software elettronici, porta a identificare un gruppo di soggetti per i quali vengono attivate forme personalizzate di gestione attiva del caso (*case management*);
- il *case manager* è generalmente un infermiere specializzato, che lavora a fianco del medico di famiglia e dei Medici specialisti ambulatoriali; i suoi compiti sono quelli di coordinare gli interventi, monitorare i markers di gravità della malattia, migliorare l'educazione del paziente e promuovere l'auto-cura, dare consigli sui farmaci e vigilare sulla compliance;
- per i pazienti affetti da malattie croniche con livelli minori di rischio si attuano forme di *disease management* che prevedono: l'istituzione di registri elettronici di malattia che consentono il regolare monitoraggio dell'assistenza per ciascun paziente;
- l'uso di protocolli clinici e linee guida, regolari attività di *clinical review* tra diversi professionisti basate su informazioni molto accurate, produzione e diffusione di

materiale educativo per i pazienti e promozione del *self-management* e organizzazione di sessioni educative per gruppi omogenei di pazienti.

Trattare adeguatamente le malattie croniche si può e si deve fare; il modello proposto dalla più recente letteratura e sponsorizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - The **Chronic Care Model** - si è dimostrato efficace nel migliorare gli outcome clinici, i processi di cura, e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. Questo modello si basa su sei fondamentali elementi:

- 1. Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti, associazioni di pazienti.
- 2. Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avverrà difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.
- 3. Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
- 4. L'organizzazione del team.** L'attività associata di medici di famiglia e infermieri è la chiave di volta per l'innovazione organizzativa, anche nel campo dell'assistenza ai pazienti cronici. La struttura del team assistenziale (Ucp, Utap, Ncp, etc) deve prevedere una chiara divisione del lavoro tra medici e infermieri: i medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati; gli infermieri sono formati per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.
- 5. Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti

cronici. Le linee-guida dovranno essere rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

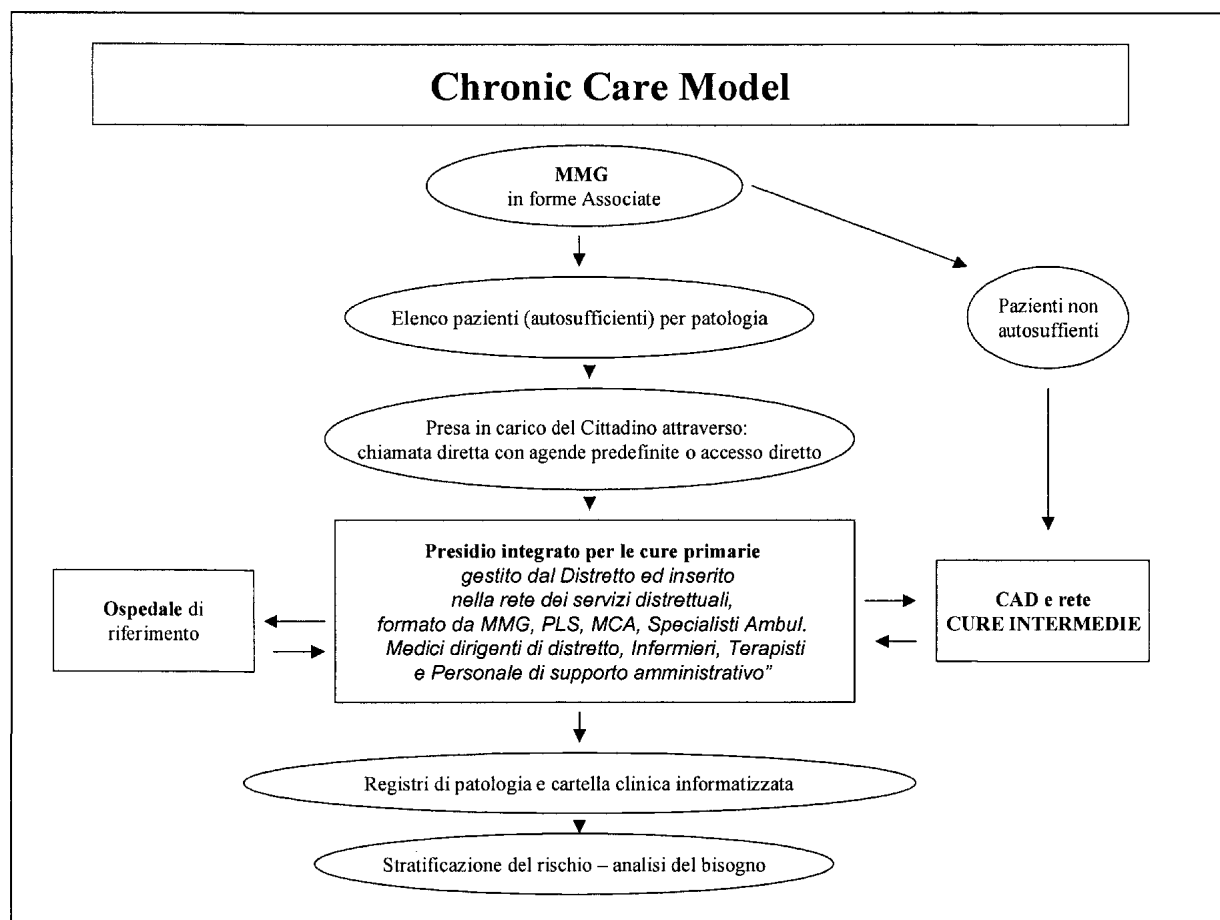
6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi; 3) registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "*population-based*".

L'adozione di un nuovo modello di cura richiede una profonda riorganizzazione del sistema delle cure primarie (come sta avvenendo in diversi paesi, come gli USA, Canada e Regno Unito) e necessita in particolare di una forte infrastruttura organizzativa in grado di:

- coordinare l'attività dei team assistenziali,
- negoziare con i medici convenzionati obiettivi e incentivi,
- predisporre e organizzare adeguati sistemi informativi,
- valutare i bisogni della comunità, concorrere a definire le priorità d'intervento,
- stabilire i necessari collegamenti con le cure secondarie e predisporre i conseguenti percorsi assistenziali,
- valutare l'efficacia degli interventi.

La rete distrettuale (51 Distretti in 12 Aziende USL nel Lazio) è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche fra i quali il "Chronic Care Model". Il Distretto può organizzare e gestire al meglio le componenti del sistema e garantire l'approccio "pluripartecipativo" indispensabile per affrontare in modo efficace il trattamento delle malattie croniche. Pertanto, per far fronte alla necessità sempre più emergente di orientare l'assistenza per la cura dei pazienti cronici, sarà indispensabile ridisegnare l'organizzazione delle cure primarie attraverso la realizzazione delle UTAP, i "nuovi presidi integrati" previsti dalla recente normativa (P.S.N. 2003-2005, Accordo Stato Regioni del 29 Luglio 2004, Accordi collettivi Nazionali per la Medicina Generale, per gli Specialisti Ambulatoriali interni e per i Pediatri di Libera Scelta).

Le UTAP dovranno essere dei "*presidi integrati per le cure primarie, organizzati dal Distretto ed inseriti nella rete dei servizi distrettuali, formati da Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici della continuità assistenziale, Medici specialisti, Medici dirigenti di distretto, Infermieri, Terapisti e Personale di supporto amministrativo*" per la "*presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche e per la riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso*". I presidi integrati per le cure primarie dovranno diventare un riferimento del cittadino per l'erogazione delle prestazioni a bassa intensità assistenziale come l'ospedale è ormai da lungo tempo il riferimento certo per gli eventi acuti.



3. TEMPI DI ATTESA : LA RETE INTEGRATA MMG - PLS, MEDICI DI DISTRETTO, MEDICI SPECIALISTI ED OSPEDALE

A) Introduzione

Garantire a tutti i cittadini tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie, certi ed adeguati ai problemi clinici presentati, rappresenta un obiettivo di primaria importanza del Servizio sanitario nazionale, in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

I tempi d'attesa costituiscono uno dei determinanti fondamentali della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema sanitario.

La lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste d'attesa rappresenta dunque per un sistema sanitario un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia d'equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita.

In Italia tale problematica è particolarmente sentita, e nonostante il continuo interesse del legislatore al riguardo, la situazione risulta, nonostante gli sforzi prodotti negli anni più recenti, molto disomogenea e caratterizzata da aree d'eccellenza accanto ad altre di forte criticità.

Questo aspetto non costituisce la sola criticità presente nel sistema sanitario ma si inserisce ed integra con altri due aspetti fondamentali.

Il primo è da ricondurre alla più generale necessità di addivenire ad una situazione di riequilibrio e di cambiamento, ex DD.LL.gs 502/1992, 517/1993 e 229/1999 che hanno posto l'accento sulla razionalizzazione e riqualificazione della spesa pubblica nel settore della sanità. Tale razionalizzazione prevede, fra gli altri obiettivi, una riorganizzazione profonda del sistema alla luce della mutata concezione dell'assistenza sanitaria e del ruolo assegnato alle strutture preposte alla tutela della salute.

La nuova impostazione funzionale conferisce all'ospedale un ruolo di struttura ad alta tecnologia per il trattamento degli acuti a breve permanenza e per la cura di patologie particolari. Contestualmente a questo nuovo ruolo, si va sempre più diffondendo, testimoniato dai successivi disposti legislativi, quell'inarrestabile processo di deospedalizzazione attraverso il graduale *shift* di prestazioni dal regime ordinario a quello diurno e da questo a quello ambulatoriale.

Il secondo aspetto è da ricondurre al concetto di appropriatezza, che riguarda sia quella *clinica* (prescrizione di specifiche procedure o interventi clinici su uno specifico paziente in una specifica condizione clinica) ma, soprattutto e strettamente correlata con il punto precedente, sia quella *organizzativa* (fortemente correlata al contesto normativo di riferimento, che riguarda la scelta di specifici livelli o modalità assistenziali attraverso i quali vengono erogate le prestazioni sanitarie e la loro tempestività).

B) Il contesto nazionale

La necessità di affrontare i tre soprarichiamati aspetti ha portato, negli anni, alla emanazione di una serie di provvedimenti legislativi (cfr. in particolare Legge 23.12.1994 n. 724, Legge 23.12.1996 n. 662, Legge 27.12.1997 n. 449, D.Lgs. 29.4.1998 n. 124,

PSN 1998-2000 e 2001-2203, DPCM 29.11.2001, DPCM 16.4.2002) fino alla istituzione da parte del Ministero della Salute di una “Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa” che ha prodotto un documento di approfondimento sul tema della gestione e riduzione delle liste di attesa con l’esame e la proposizione di una serie di strategie operative di intervento.

“The last but non least”, la Legge 23.12.2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), della quale si riportano i passi principali di interesse (Tabella 2).

Tabella 2 Legge 23.12.2005, n. 266 (legge finanziaria 2006)

Comma 279: *“Lo Stato...concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004...”*

Comma 280: *“...è subordinato all’espressione, entro il termine del 31 marzo 2006...alla stipula di una intesa tra Stato e regioni...che preveda la **realizzazione** da parte delle regioni degli **interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa...**”*

Comma 282: *“Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni...”*

Comma 284: *“...sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro...”*

Comma 283: *“è istituita la **Commissione nazionale sull’appropriatezza delle prescrizioni...**”*

Comma 292: *“il Ministero della salute promuove...una **rimodulazione delle prestazioni** comprese nei livelli essenziali di assistenza, **finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l’offerta di prestazioni in regime ambulatoriale** e, corrispondentemente, decrementare l’offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero”*

C) Il contesto regionale

Il generale processo di riorganizzazione sanitaria ha comportato l’adozione, da parte

delle Regioni, di vari atti normativi, sulla base degli accordi/disposizioni nazionali (cfr. Accordo Stato-Regioni 8.8.2001, DPCM 29.11.2001, Accordo Stato-Regioni 23.3.2005), che hanno spesso portato le aziende sanitarie in grande difficoltà per repentini “*cambi di rotta*” sui modelli organizzativo-gestionali da adottare, nonché per i conseguenziali modelli di finanziamento per le varie tipologie di prestazioni erogate.

Anche la Regione Lazio ha adottato vari provvedimenti in materia (DGR 1026/2002, DGR 864/2002, DGR 602/2004, DGR 693/2004, DGR 731/2005), ed in particolare la DGR n. 731 del 4.8.2005 ha comportato, per gli aspetti innovativi in essa contenuti, una vera e propria rivoluzione negli scenari sanitari, investendo tutte le tipologie di modalità assistenziale ed inserendone delle nuove, quali ad esempio il *day service*, con l'erogazione dei PAC.

D) Presa in carico del paziente :la rete integrata MMG-PLS, Medici di Distretto, Medici Specialisti e Ospedale

Il sindacato SUMAI, tenendo conto delle soprarichiamate disposizioni legislative, con il presente documento intende partecipare attivamente al processo di rimodulazione dell'attività assistenziale in atto nella Regione Lazio, proponendo il progetto assistenziale denominato “La rete integrata MMG-PLS, Medici di Distretto, Medici Specialisti ed Ospedale” le cui parole chiave sono riassunte nella Tabella 3.

Tabella 3 “La rete integrata”, parole chiave

presa in carico del paziente, senza “fermate intermedie”, per tutto l'iter diagnostico-terapeutico
appropriatezza clinica nella prescrizione di farmaci, di visite ed esami specialistici
migliore organizzazione dei servizi
in via sperimentale per alcune forme morbose

D.1 Il progetto

Il progetto, attraverso la creazione di una “rete integrata” tra i vari attori del processo assistenziale, si inserisce negli interventi previsti dalla D.G.R. 731/2005

contribuendo, indirettamente, anche ad uno dei principali obiettivi della stessa: la riduzione progressiva del tasso di ospedalizzazione.

Esso consiste, essenzialmente, nella presa in carico del paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, nell'ambito di percorsi assistenziali attivati, in via sperimentale, per alcune forme morbose.

Il supporto al paziente si caratterizza nel superamento di quella discontinuità anche fisica nel rapporto con lo specialista (attraverso la garanzia di rapporto con lo stesso che inizia l'iter diagnostico-terapeutico) nonché del peregrinare del paziente da un servizio all'altro per la prenotazione di visite/accertamenti successivi (attraverso la contemporanea migliore organizzazione dei servizi e l'integrazione tra i vari specialisti). Tutto questo può essere sintetizzato nella presa in carico del paziente, "senza fermate intermedie", per tutto l'iter diagnostico-terapeutico.

Il *primum movens*, anche in linea con quanto visto a livello normativo, è caratterizzato dall'appropriatezza clinica nella prescrizione di visite ed esami specialistici supportata dalla necessaria migliore organizzazione dei servizi a supporto del momento prescrittivo.

Altro elemento che caratterizza la rete assistenziale è la forte integrazione tra i livelli assistenziali della stessa, prevedendo la figura dello specialista ambulatoriale come figura centrale nell'ambito dei percorsi attivati dal MMG-PLS, a sua volta volano del percorso "interno" attivato tra i vari specialisti.

D.2 Le aree di intervento

Come già anticipato, in questa prima fase sperimentale vengono attivati, sulla scorta della richiesta operata dal MMG-PLS, una serie di percorsi diagnostico terapeutici che interessano principalmente tre tipologie di forme morbose:

- scompenso cardiaco;
- malattia diabetica;
- malattia ipertensiva;

D.3 Gli attori

La rete integrata, che si vuole sperimentare, comporta, nell'ambito della organizzazione distrettuale, la partecipazione e sinergia d'azione di vari attori, Figura 1, in parte già citati, con l'esatta definizione di compiti e responsabilità, supportata da una contestuale migliore organizzazione dei servizi, Figura 2.

Figura 1 La rete integrata: gli attori

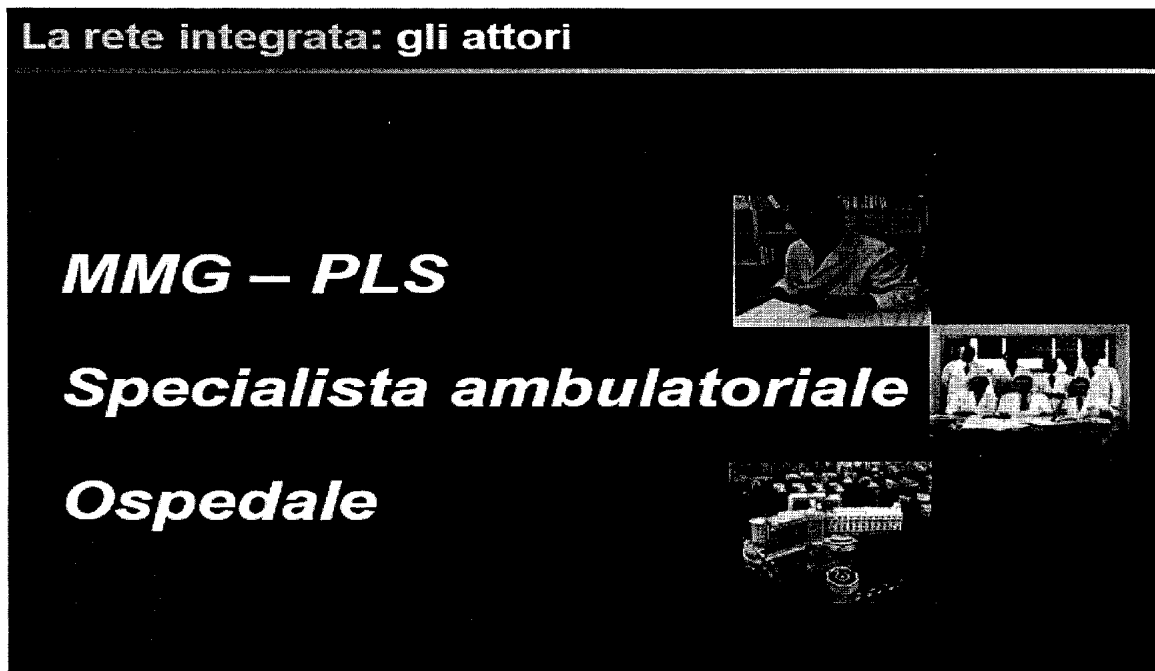
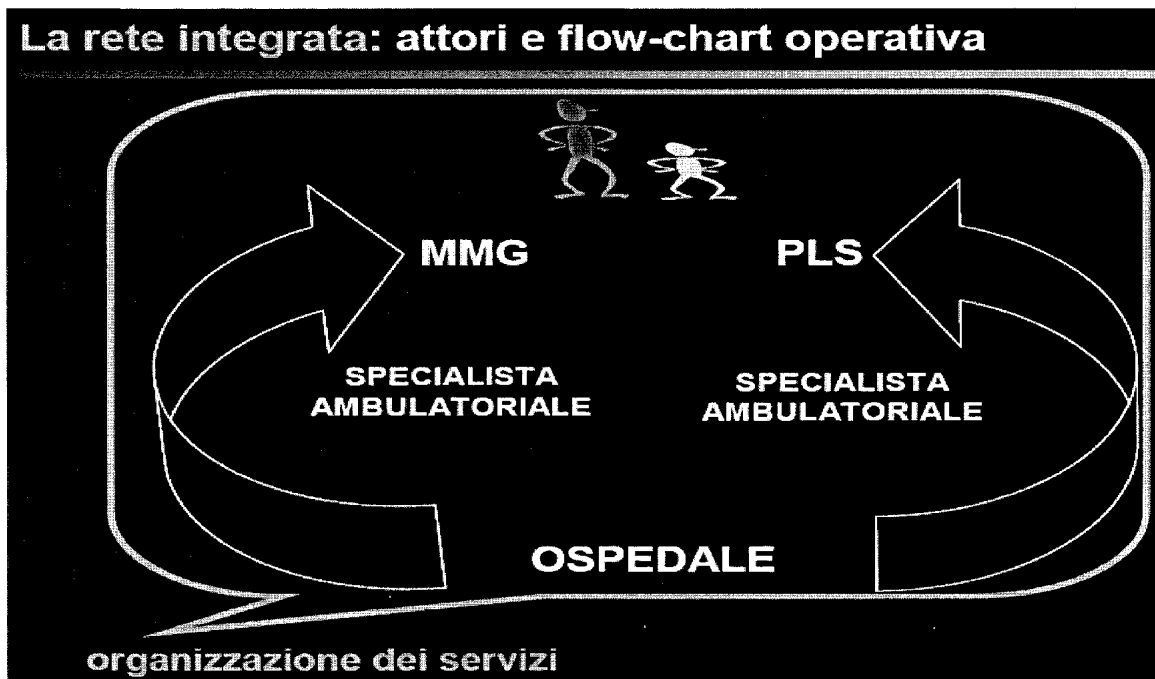


Figura 2 La rete integrata: attori e flow chart operativa



D.3.1 Il MMG – PLS

Costituisce il primo anello della rete integrata. In caso di dubbio diagnostico e di necessità di approfondimento invia il paziente dallo specialista avendo cura di esplicitare il quesito diagnostico ed eventuali terapie in corso sul ricettario SSN per favorire l'attività del collega.

Sarà supportato in tale attività da un "filo diretto" con lo specialista ambulatoriale, attraverso una organizzazione del distretto di riferimento che garantirà al MMG-PLS una disponibilità di prestazioni "aggiuntive" a quelle normalmente garantite.

Tale figura professionale, d'intesa con lo specialista ambulatoriale definisce un piano di controlli (follow up) o di terapie periodiche per patologie croniche stabilizzate.

Come figura iniziale e terminale del percorso del paziente, cfr. flow-chart operativa della Figura 1, interpreta gli eventuali suggerimenti terapeutici del collega (referto dello specialista/i, o la lettera di dimissione in caso di ricovero).

D.3.2 Lo specialista ambulatoriale

Il medico specialista diventa la figura centrale nell'ambito dei percorsi attivati dal MMG-PLS.

Ha in gestione diretta il paziente fino alla diagnosi e, se del caso, programma una visita successiva, prescrive esami aggiuntivi, di laboratorio o strumentali, in caso lo ritenga opportuno, può inviare il paziente da altri specialisti (percorso interno) ovvero può inviare il paziente direttamente al ricovero o a prestazioni di day hospital (percorso esterno).

Per entrambe le tipologie di percorsi deve esistere un filo diretto tra specialista ed altri specialisti interni ovvero tra questo e la struttura ospedaliera.

Nel caso del percorso interno, ad esempio, la destinazione di una ora per singola disciplina rispetto al monte ore globale da destinare alla programmata attività prenotata, determina la possibilità da parte dello specialista di richiedere le consulenze, all'interno della struttura poliambulatoriale, delle discipline di volta in volta ritenute necessarie. Tale percorso interno è finalizzato a delineare l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro.

Nel caso del percorso esterno, ad esempio, la possibilità di comunicazione diretta con un referente del reparto specialistico consente di programmare quella attività, residuale, di ricovero o di day hospital ovvero di diagnostica di alta tecnologia.

Compiti dello specialista sono anche quello di compilare il referto aggiungendo, eventualmente, suggerimenti per gli approfondimenti successivi od osservazioni.

Inoltre, informa il paziente sui farmaci che prescrive (concedibilità o meno dal SSN ed eventuali note AIFA) e, d'intesa con il MMG-PLS, definisce un piano di controlli (follow up) o di terapie periodiche per patologie croniche stabilizzate.

D.3.3 L'ospedale

Costituisce il terzo attore della rete integrata che garantisce quella attività "residuale", non erogata dagli attori precedentemente esaminati.

La struttura ospedaliera assolve alle richieste dello specialista ambulatoriale, assicurando che le prestazioni vengano prenotate dai medici del reparto che ha in carico il paziente, senza necessità di trascrizione da parte del MMG-PLS.

La struttura rilascia la lettera di dimissione dopo il ricovero con la data di ammissione e di dimissione, la diagnosi, i problemi attivi in ordine di rilevanza, i principali controlli effettuati, le indicazioni per il follow-up e la terapia consigliata.

D.4 L'organizzazione dei servizi

Elemento fondamentale, come già anticipato, per la riuscita del progetto è la riorganizzazione dei servizi di supporto all'attività assistenziale, che devono essere disponibili ad accogliere le novità e ad adeguare a esse, se necessario, le proprie procedure.

Le parti concordano che il momento cardine per la piena funzionalità dei servizi di supporto all'attività assistenziale sia la completa informatizzazione dei diversi percorsi individuati.

Ad integrazione di quanto già esplicitato nei punti precedenti, è necessaria una contemporanea migliore organizzazione dei servizi:

- dalla prenotazione alla differenziazione degli accessi per favorire percorsi preferenziali per quelle forme morbose oggetto della sperimentazione gestionale;
- un uso pieno e razionale del patrimonio tecnologico e professionale, nonché dell'erogazione delle prestazioni;
- una presa in carico del paziente senza "fermate intermedie";
- dopo la prima visita, non deve più essere il paziente a muoversi, ma la struttura sanitaria deve essere in grado di programmare (e prenotare) l'intero iter assistenziale al paziente (nuovi accertamenti e visite di controllo).

E. Considerazioni conclusive

Il modello presentato che, si vuole ulteriormente ribadire, va ad integrarsi ed armonizzarsi con quanto previsto dalla DGR 731/2005, presenta le seguenti finalità, obiettivi e vantaggi attesi:

1) FINALITA': consentire all'utente di ottenere in tempi ragionevolmente brevi una prestazione multidisciplinare senza ricorrere da un lato al ricovero ospedaliero o dall'altro ad un andirivieni fra lo specialista ed il MMG-PLS;

2) OBIETTIVI: semplificare le procedure di accesso dell'utente al percorso clinico diagnostico, velocizzare la tempistica, diminuire il ricorso al ricovero ospedaliero;

3) VANTAGGI ATTESI: migliore utilizzazione delle risorse disponibili, con aumento della efficienza delle risorse all'interno della struttura poliambulatoriale;

- offrire al cittadino utente un percorso completo, "senza fermate intermedie", perchè multidisciplinare, evitando il ricorso a più prescrizioni, in tempi successivi da parte del MMG-PLS, con il conseguente ricorso alla riprenotazione e le eventuali liste di attesa;
- evitare la migrazione verso strutture extraaziendali ed extraregionali;
- soddisfazione dell'utenza per la riduzione dei tempi finalizzati alla diagnosi e proposta terapeutica;
- contenimento delle liste di attesa per le discipline coinvolte;
- contenimento dei costi legati al ricovero dei soggetti trattati in ragione del DRG di riferimento.

4. ESEMPIO DI UNA RETE ASSISTENZIALE INTEGRATA

Premessa

La riorganizzazione e la valorizzazione dei servizi sanitari a livello del territorio deve costituire una scelta strategica, per realizzare compiutamente un servizio di assistenza primaria efficace, economicamente sostenibile e gradito alla popolazione.

Il punto cruciale che emerge in modo chiaro e prorompente oggi, è il governo del rapporto bisogni/risorse di fronte ad una richiesta di salute sempre più complessa rispetto al passato che sta mettendo in crisi l'attuale sistema di finanziamento ed il principio di adeguatezza tra bisogni e prestazioni. È indubbio che il solo "governo della spesa", cioè ridurre le prestazioni in base alla disponibilità delle risorse e/o integrare le sole risorse, può portare benefici nell'immediato ma, nel lungo e medio termine, non si è dimostrato un metodo efficiente.

Oggi la medicina deve misurarsi con un "paziente" che non vuole essere più un sintomo ma una persona che esige di essere partecipe della propria cura; occorre una nuova medicina aperta alle esigenze sociali, in grado di accedere alla persona e di sapersi relazionare con essa. Questo è possibile con una formazione continua degli operatori che aiuterebbe tra l'altro ad evitare uno dei problemi che stanno alla base della "malasanità": la comunicazione medico-paziente.

Obiettivo ambizioso ma possibile è quello di orientare il sistema e l'organizzazione del servizio sanitario verso una più completa garanzia del diritto alla salute e di costruire una strategia che riesca a dare una risposta unitaria e coerente ai tre grandi obiettivi che la sanità si trova oggi dinanzi:

- *il miglioramento della salute della popolazione;*
- *la soddisfazione e la partecipazione del cittadino/a;*
- *l'efficienza, l'efficacia e la sostenibilità del sistema.*

Ci troviamo infatti al termine di un periodo in cui è aumentata considerevolmente la domanda e l'erogazione di prestazioni sanitarie sia in termini di quantità che, soprattutto, di complessità, con ripercussioni sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Le cause dell'aumento della spesa sanitaria globale sono complesse e generalizzate. Una di queste è rappresentata dall'invecchiamento della popolazione, in quanto le persone anziane, portatrici di patologie croniche, tendono ad essere "grandi consumatori" di prestazioni sanitarie.

Un ulteriore, sostanziale aumento di spesa è rappresentato dalla sempre maggiore *medicalizzazione* dei problemi di salute, accompagnato dalla crescente *tecnologizzazione* della medicina.

Attuale situazione organizzativa

Attualmente nella nostra Regione la cooperazione tra i diversi attori dell'assistenza territoriale è socio legata alla sensibilità dei singoli operatori, perché poco si è lavorato sulla integrazione tra le varie figure professionali per la condivisione di linee guida nella gestione del malato e nel favorire la interdisciplinarietà.

Questo comporta notevole disorientamento non solo ai cittadini ma principalmente ai MMG che nel prescrivere delle prestazioni debbono tener conto delle liste di attesa relative sia alle visite che agli accertamenti diagnostici ambulatoriali e domiciliari.

Criticità dell'attuale programmazione:

- Lunghe liste di attesa;
- Spesa Farmaceutica elevata;
- File interminabili ai Pronto Soccorso;
- Continuità assistenziale non garantita;
- Posti letto carenti nei periodi invernali;
- Carenza di motivazioni degli operatori.

INTERVENTO TECNICO

La necessità di creare una rete assistenziale che incide sui percorsi diagnostico-terapeutici, partendo dalla specialistica territoriale, tale da accompagnare il cittadino nella soddisfazione dei propri bisogni di salute è una delle risposte di tipo tecnico che può essere messa in campo.

Per rete assistenziale si deve intendere la costruzione di una “struttura reticolare” che garantisca un percorso assistenziale definito e condiviso, all’interno della quale collaborano le varie figure professionali mediche e non che lavorano sul territorio (MMG, Pediatri, Medici Specialisti, Servizi territoriali: SERT, DSM, Materno Infantile, Servizi sociali dei Comuni).

Il cittadino riconosce nel MMG il punto di riferimento primario per il suo bisogno di salute ed è compito di quest’ultimo decodificare il bisogno di salute ed incanalarlo in un percorso ben definito riguardo la prevenzione e la cura.

L’attuale gestione, delle più comuni forme patologiche, fondata su percorsi a step sequenziali, comunque genera un’alta richiesta di prestazioni, lunghe liste di attesa e non assicura una risposta in tempi predefinitibili: le prestazioni, pur tecnicamente corrette, appaiono criticabili relativamente all’aspetto organizzativo e cronologico.

Appare opportuno ipotizzare un’attività specialistica ambulatoriale che preveda percorsi interdisciplinari con un iter diagnostico-terapeutico completo che il trattamento a lungo termine delle patologie croniche.

La formazione dei MMG sull’analisi del bisogno di salute diventa elemento indispensabile per il governo della domanda.

Contemporaneamente occorre riorganizzare e potenziare i servizi territoriali:

- per assicurare la continuità assistenziale;
- per adeguarli alle varie fasi della cura, dalla diagnosi alla fase post-terapeutica;
- per garantire il cittadino dove vive e/o lavora.

Obiettivi della rete

- Formazione degli infermieri e Fisioterapisti per la presa in carico dei pazienti
- Formazione dei MMG/Specialisti sull’analisi del bisogno
- Applicazione di Linee Guida condivise sull’appropriatezza delle prescrizioni
- Definizione dei percorsi organizzativi
- Creazione dei modelli di richiesta di visita, di controlli periodici e di referto specialistico

Peculiarità

Il Presidio deve essere:

- Aperto al Pubblico dalle ore 8.00 alle ore 20.00.
- L'attività specialistica deve essere svolta non solo in ambito ambulatoriale ma collaborare con il CAD e con i MMG per le prestazioni specialistiche domiciliari.

Il CAD deve operare in stretta collaborazione con:

- Servizi sociali del Municipio per assicurare una reale integrazione socio-sanitaria

L'intervento tecnico ha lo scopo di garantire che il cittadino:

- si rechi dal proprio MMG, che ne analizza il bisogno di salute
- venga inviato allo specialista, secondo l'urgenza, mediante prenotazione diretta, oppure tramite prenotazione CUP, ma sempre con richiesta su modulistica concordata
- lo specialista di riferimento lo prenda in carico e lo sottoponga a tutti gli accertamenti diagnostici e consulenze previste in regime ambulatoriale e quindi lo invii al medico curante con relazione clinica ed eventuale nuovo appuntamento di controllo.

Il cittadino non autosufficiente può richiedere:

- visite domiciliari, tramite il MMG
- rivolgersi al CAD
- attraverso il CAD potrà accedere a progetti di integrazione socio-sanitari, in collaborazione con i servizi sociali del Municipio, rivolti a cittadini che versano in condizioni di disagio socio-economico.

Il cittadino viene inserito così in un percorso ben definito all'interno della rete, viene "*preso in carico*".

L'intervento mira ad una riorganizzazione delle risorse per assicurare una risposta sanitaria il più possibile efficiente ed efficace per le patologie a maggiore incidenza di ricoveri o richiesta di prestazioni quali:

- CARDIOVASCOLARE
- RESPIRATORIA
- ENDOCRINO-METABOLICA

Indicatori

- Presa in carico del paziente attraverso la verifica in Cartella Clinica elettronica
- Grado di soddisfazione dell'utenza
- Percentuale di accertamenti positivi per patologia
- Incremento numerico delle visite domiciliari
- Incremento numerico di visite urgenti

Risultati Attesi

- Maggiore appropriatezza delle prescrizioni
- Significativa riduzione delle liste di attesa
- Razionalizzazione della spesa farmaceutica
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri e pronto soccorso.