



GIUNTA REGIONALE

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 DI MEDICINA GENERALE - PERIODO 2001/2005.

Venezia, 10 novembre 2005

INDICE

PREMESSE	4
ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO	6
OBIETTIVI STRATEGICI	7
ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI	10
DISPOSIZIONI GENERALI	14
LIVELLI DI CONTRATTAZIONE	14
ATTI AMMINISTRATIVI DI RIFERIMENTO	14
AGGIORNAMENTO DELLE DISPOSIZIONI DELL' ACCORDO	17
DECORRENZA ECONOMICA DELL' ACCORDO	17
DURATA DELL' ACCORDO REGIONALE	17
GRADUATORIA REGIONALE	17
DEFINIZIONE DELLA PERCENTUALE DI RISERVA	18
PARTECIPAZIONE AI COMITATI E COMMISSIONI	18
ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO - PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE	19
FORMAZIONE	19
L'ASSISTENZA PRIMARIA	21
ASPETTI NORMATIVI-FORMALI	21
COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA	21
REVOCHE D'UFFICIO	22
ZONE DISAGIATE O DISAGIATISSIME	23
FONDO PER LA PONDERAZIONE QUALITATIVA DELLE QUOTE CAPITARIE	23
FONDO PER LA EFFETTUAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FINALIZZATI AL GOVERNO CLINICO, NEL RISPETTO DEI LIVELLI PROGRAMMATI DI SPESA	24
ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	24
BUDGET DI DISTRETTO	24
PATTI AZIENDALI	25
FORME ASSOCIATIVE	31
ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA ED INTEGRATA	38
ASSISTENZA AI MALATI ONCOLOGICI, O AFFETTI DA MALATTIE INGUARIBILI, NELLE ULTIME FASI DELLA VITA	42
DIMISSIONI PROTETTE PER "PAZIENTI FRAGILI"	44
ASSISTENZA PROGRAMMATA DI OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI IN CASE DI RIPOSO, RSA ED ALTRE STRUTTURE PROTETTE	47
INTEGRAZIONE FRA SISTEMI DI SCHEDA-SANITARIA INDIVIDUALE DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	50
TRATTAMENTO DEI DATI – CODICE PRIVACY	50
LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	52
ASPETTI NORMATIVI-FORMALI	52
IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	52
REPERIBILITÀ	53
FORMAZIONE	53
ASSISTENZA AI TURISTI	53
COORDINAMENTO	53
ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI	54
ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	54
PROGETTO OBIETTIVO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	54
PATTO AZIENDALE	56
TRATTAMENTO DEI DATI – CODICE PRIVACY	56
TRATTAMENTO ECONOMICO	56

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	57
ASPETTI NORMATIVI-FORMALI	57
PREMESSA	57
ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	60
DISPOSIZIONE FINALE N. 1	65
DISPOSIZIONE FINALE N. 2	66
DISPOSIZIONE FINALE N. 3	66
DISPOSIZIONE FINALE N. 4	66
NOTE A VERBALE	66

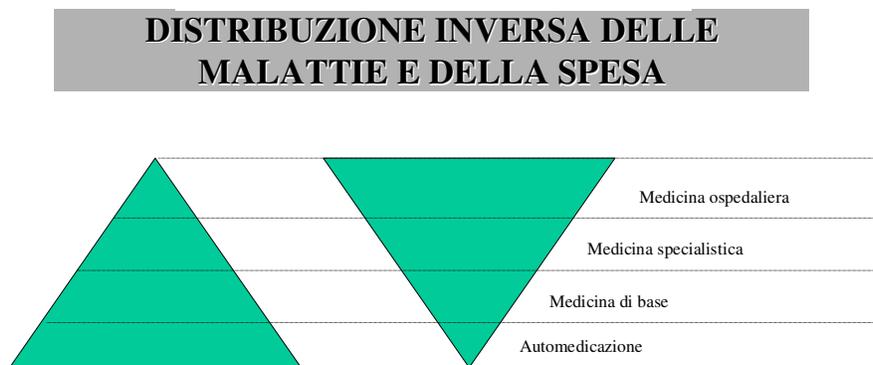
PREMESSE

La sostenibilità economica del SSN rappresenta un vincolo consistente per le scelte di Politica Sanitaria. Da molti anni a livello nazionale e regionale l'approccio più diffuso per affrontare il problema riguarda le valutazioni di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e delle prescrizioni farmaceutiche. Il presupposto su cui si basa tale approccio è quello di eliminare i costi collegati agli aspetti di minore qualità dell'assistenza (prestazioni non appropriate) nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le principali azioni implementate hanno riguardato la riduzione dell'offerta ospedaliera e l'analisi della spesa farmaceutica territoriale. I risultati ottenuti non sono stati però sufficienti per garantire l'equilibrio economico, quindi è diventata prioritaria l'individuazione di altre azioni da mettere in campo per raggiungere la suddetta compatibilità economica, mantenendo i livelli assistenziali e la qualità di erogazione dell'assistenza su standard elevati.

L'introduzione a livello internazionale del *concetto di centralità delle Cure Primarie e degli strumenti di Clinical Governance* offre l'opportunità di continuare sulla strada del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, ponendo maggiore attenzione alla medicina territoriale e interpretando il Governo Clinico non come governo sui medici o dei medici, ma con i medici. I risultati di pareggio di bilancio ottenuti da alcune Aziende ULSS, che hanno sperimentato tale approccio da alcuni anni, consente di perseguire alcuni percorsi di miglioramento del Sistema.

Il progresso scientifico e tecnologico ha fatto progredire in modo sostanziale le capacità di diagnosticare e curare patologie rilevanti, ma non ha diminuito, anzi, per l'aumentata complessità, ha incrementato la necessità di un sistema di relazioni tra diverse professionalità e diversi livelli di cura e ha evidenziato nella *continuità dell'assistenza* e nell'*integrazione tra professionisti* l'obiettivo operativo da realizzare. In tale contesto si è sviluppata la logica dei Patti con i Medici di Assistenza Primaria nella Regione Veneto. Sostanzialmente viene proposto di rispettare il criterio epidemiologico descritto nelle Piramidi di Brenna (fig. 1) per orientarsi a riportare al corretto livello di cura il trattamento delle patologie, per realizzare prima di tutto un'assistenza di buon livello qualitativo e, come ricaduta, un Sistema compatibile con le risorse disponibili.

Fig. 1



Fonte A. Brenna, 2003, pag. 210

L'ACN per la Medicina Generale del 1996 (D.P.R. n. 484/1996) aveva posto come obiettivo principale l'assistenza domiciliare; quello del 2000 (D.P.R. n. 270/2000) potenziava l'assistenza

tramite le forme associative. Tali obiettivi mantengono la loro validità, anzi il nuovo ACN ne prevede ulteriori sviluppi, compatibili con le risorse disponibili.

L'ACN, reso esecutivo in data 23/03/2005, individua inoltre:

- un ampio potere delle regioni di modificare ed integrare la disciplina nazionale,
- l'integrazione del medico di Medicina Generale nel SSN,
- la definizione di Medici Specialisti per l'Assistenza Primaria,
- la responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale sugli obiettivi aziendali,
- uno specifico trattamento economico, in parte variabile e collegato al raggiungimento di obiettivi,
- l'introduzione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'Assistenza Primaria, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria,
- la riorganizzazione della Continuità dell'assistenza.

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 Generale. Si tratta di un documento che definisce principi non immediatamente operativi, frutto di un confronto complessivo fra la Parte pubblica e le OO.SS., in un contesto economico dalle risorse predefinite.

Il risultato negoziale è anche il prodotto di un intenso sviluppo normativo:

- legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC),
- legge 26 maggio 2004, n. 138, art. 2 – nonies, che attribuisce efficacia erga omnes ai nuovi accordi collettivi nazionali,
- legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 177, per la trasformazione del rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni da tempo determinato a tempo indeterminato,
- legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 178, sulla durata degli accordi: quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

Da queste sintetiche considerazioni, si percepisce la complessità del lavoro sin qui svolto che implica, prima di tutto, un forte impegno sulla condivisione dei nuovi principi, quali:

- la condivisione del processo di regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro dei Medici di Medicina Generale,
- il riconoscimento del ruolo insostituibile del Medico di Medicina Generale per l'Assistenza Primaria,
- l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi da parte del Medico di Medicina Generale.

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.

I punti di riferimento del nuovo Accordo sono il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, e l'Accordo del 29 luglio 2004, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Per dare attuazione al nuovo Accordo, sono necessarie almeno due condizioni:

- coordinare i nuovi principi con gli atti regionali di programmazione socio-sanitaria,
- operare secondo una logica di sistema, per mettere insieme Regione, Aziende ULSS e Medici di Medicina Generale nelle varie fasi del processo di riorganizzazione delle cure primarie.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

Vengono a seguito enucleati alcuni elementi di contesto al fine di assumerli come concetti-chiave nella formulazione dei contenuti del presente Accordo Regionale.

Lo sviluppo dei Patti nella realtà regionale veneta ha consentito di porre le basi concrete perché le Cure Primarie siano riconosciute come focus centrale per l'assistenza al paziente, superando la visione ospedalocentrica, o meglio restituendo a ciascun ambito di cura le competenze proprie.

Le attuali conseguenze del modello ospedalocentrico sono:

- i pazienti non vengono valutati con impostazione generalista prima di essere avviati ad un eventuale percorso specialistico con il rischio di affidarsi a medici competenti nel trattamento di una specifica patologia, senza aver prima individuato il problema da affrontare con una valutazione complessiva della persona malata,
- gli specialisti ospedalieri rischiano di non essere più tali poiché non si occupano di casistica selezionata ma di casistica generale,
- i Medici di Assistenza Primaria perdono via via il contatto con numerose patologie frequenti e croniche, prese in carico impropriamente a livello ospedaliero, cosicché il sistema perde progressivamente capacità di governo clinico,
- l'attività di ricovero diventa sempre più "autoreferenziale" con aumento della variabilità delle decisioni di esecuzione per molti interventi e procedure invasive anche in relazione alle spinte dell'offerta,
- i tempi di attesa diventano eccessivi per prestazioni specialistiche, a causa di ambulatori intasati per attività non appropriate.

Ciò impone di considerare fondamentale e preliminare la definizione di un progetto formativo comune tra professionisti territoriali ed ospedalieri finalizzato alla condivisione degli approcci diagnostico terapeutici necessari per realizzare la continuità di cura e del reciproco riconoscimento delle specifiche professionalità e competenze. Operativamente dovrebbero essere costituiti dei gruppi di lavoro misti tra Medici di Assistenza Primaria e Ospedalieri, per collaborare ai fini dell'impostazione della presa in carico dei problemi assistenziali complessivi dei pazienti anziani, cronici, con pluripatologie definiti complessivamente "fragili".

L'integrazione tra Medici di Assistenza Primaria e Medici Ospedalieri si esplica anche sul versante della comunicazione informativa, ovvero sulla messa a punto e sull'utilizzo di un sistema informativo integrato, che consenta uno scambio efficiente ed efficace delle informazioni.

Al fine di dare concretezza all'integrazione tra Territorio e Ospedale, alla continuità dell'assistenza, all'appropriatezza dei percorsi assistenziali, risulta strategico individuare ed attribuire obiettivi congruenti tra quelli inseriti nei Patti con i Medici di Assistenza Primaria ed altri convenzionati e quelli previsti per la retribuzione di risultato degli Ospedalieri.

Può infatti sussistere il rischio di un peggioramento della qualità dell'assistenza erogata, a seguito della riduzione dell'offerta ospedaliera senza un adeguato e parallelo sviluppo di servizi alternativi.

OBIETTIVI STRATEGICI

La presente sezione ha l'obiettivo di descrivere sinteticamente l'architettura dell'Accordo Regionale esplorando i seguenti aspetti:

- filosofia di fondo e principi ispiratori che costituiscono il substrato dell'intero Accordo Regionale,
- obiettivi strategici predefiniti,
- strumenti operativi per il perseguimento delle suddette finalità,
- impostazione del sistema premiante,
- monitoraggio e verifica dell'attuazione dell'Accordo Regionale.

L'Accordo Regionale intende recepire ed integrare gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'ACN del 23 marzo 2005. Esso si pone in una prospettiva di continuità rispetto al sistema di concertazione e partecipazione costruito tra la Regione, le Aziende ULSS ed i Medici Convenzionati e costituisce altresì un sostanziale consolidamento del processo di programmazione e di gestione della Medicina Convenzionata attivato a partire dal 2001. Va sottolineato al contempo che vi sono alcuni importanti elementi innovativi. L'Accordo rappresenta un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della Medicina Convenzionata, all'interno della quale le Aziende ULSS, in sintonia con i Medici Convenzionati, definiscono l'organizzazione dell'assistenza sul territorio.

L'Accordo mira a privilegiare la reale concretizzazione dei servizi rispetto alla loro attuazione formale e burocratica; tale implementazione deve avvenire in maniera graduale, facendo sì che il cambiamento della modalità di offerta dei servizi sia accompagnato e guidato da un contestuale mutamento culturale dei professionisti, figure che devono condividere e partecipare attivamente al processo di integrazione e di creazione di un sistema d'offerta unitario in ambito territoriale. Questo principio dovrà dunque configurarsi come il frutto di una negoziazione tra le parti. A supporto del processo di cambiamento si ritiene indispensabile la progettazione a livello aziendale di un'attività formativa continuativa rivolta ai Medici delle Cure Primarie ed integrata con altre figure professionali.

Un ulteriore principio cardine su cui si fonda l'Accordo Regionale riguarda la partecipazione dei Medici di Medicina Generale all'appropriata allocazione delle risorse, la loro responsabilizzazione e coinvolgimento nel governo dei fattori e nella eliminazione di eventuali sprechi, finalizzati del potenziamento dei processi assistenziali territoriali.

Al fine di garantire continuità e consolidamento al processo sinora attuato, l'Accordo Regionale trova fondamento soprattutto sugli obiettivi raggiunti dallo stato dell'arte della Medicina Convenzionata nella Regione Veneto.

Alla luce di quanto rilevato dall'analisi di contesto, sopra riportata, e dalla relazione annuale sui Patti Aziendali (D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004), la Regione Veneto individua:

- *nella gestione integrata dei pazienti*
e
- *nella continuità dell'assistenza*

i due **obiettivi cardine** che sottendono l'intero Accordo Regionale.

Il panorama che si profila nelle realtà aziendali della Regione denota la presenza di una vasta gamma di servizi sul territorio afferenti a diverse tipologie di bisogni. In numerose Aziende ULSS si rileva, d'altro canto, una carenza nell'integrazione e nel coordinamento delle varie prestazioni sanitarie con la conseguenza di un'offerta di servizi spesso frammentata e non sempre capace di

rispondere in modo efficace e sinergico al complesso dei bisogni di salute dei cittadini. La strategia che si intende attuare non è limitata all'implementazione di nuove tipologie di prestazioni, ma di incidere sulla riorganizzazione dell'esistente con modalità attuative diverse, orientate a fornire risposte esaustive, complete e coordinate alla molteplicità di bisogni di salute di ogni singolo paziente.

In particolare, il punto nodale dell'Accordo è la sistematizzazione, in un'ottica unitaria e coerente, delle prestazioni attualmente offerte al fine di erogare servizi tempestivi e coordinati rispetto a casi multi-problematici e ad elevata complessità presenti sul territorio. In altri termini, l'asse rispetto al quale si intendono strutturare i servizi non è più quello di dare risposte con prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche ad episodi di malattia, bensì quello della presa in carico del paziente nella sua globalità e di dare risposta alla domanda di salute di una popolazione definita, con modalità non solo di attesa, ma anche di iniziativa.

La concretizzazione del suddetto scenario avviene perseguendo gli obiettivi, tra loro correlati, di una maggiore disponibilità ed accessibilità ai servizi, mediante l'organizzazione di un'offerta che garantisca una effettiva continuità dell'assistenza nonché, tramite la gestione per processi, il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni erogate. Questo secondo aspetto richiede sistemi di integrazione multi-livello, rivolti sia all'integrazione di diversi servizi e prestazioni (I livello), sia all'integrazione di professionalità afferenti a più aree disciplinari – in particolare alle aree clinico-sanitaria ed economico-gestionale (II livello).

I passaggi logici che guidano l'intero processo possono essere così sintetizzati:

- *dalla cura della malattia ⇒ all'assistenza globale della persona,*
- *dall'approccio per prestazione (output) ⇒ all'approccio per processo e alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome),*
- *dalla produzione di singole prestazioni e dalla frammentarietà delle specializzazioni ⇒ alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati finalizzati all'assistenza della persona,*
- *dall'approccio solo individuale ⇒ alla dimensione di servizio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia, inserito nella Comunità.*

Rispetto agli Accordi precedenti viene di fatto modificata la prospettiva frontale, che non riguarda solo il lato dell'offerta, e in particolare il Medico di Assistenza Primaria e il ruolo da esso svolto nell'erogazione di servizi, ma anche il lato della domanda. Il presente documento si concentra prevalentemente sulla modalità di offerta dei servizi e su come essi intervengano nella risoluzione dei problemi di salute. Al centro del Sistema viene posto il paziente, inteso nella sua globalità, modificando il ruolo di *gatekeeper* finora richiesto al Medico di Assistenza Primaria.

Pertanto il Medico diviene parte integrante del Sistema, anello di congiunzione tra i pazienti e l'intera gamma di strutture d'offerta delle Aziende ULSS. Al Medico viene demandato il compito di *care e case-manager del processo primario*, di presa in carico complessiva e globale dei pazienti, di gestore del budget (inteso come obiettivi su risorse) ovvero:

- di lettura e di interpretazione dei bisogni degli assistiti,
- di promozione della salute con interventi appropriati ed efficaci,
- di offerta di prestazioni,
- di compartecipazione nell'organizzazione ed erogazione di alcuni servizi,
- di "orientatore" del paziente all'interno del complesso Sistema Socio Sanitario.

Ne consegue un cambiamento del ruolo assegnato ai Medici di Assistenza Primaria che, pur rimanendo gli attori principali nell'assistenza territoriale, vengono visti in un'ottica congruente con gli altri soggetti del Sistema ed integrati con gli altri servizi.

Gli **strumenti** privilegiati, che l'Accordo Regionale individua per il perseguimento degli obiettivi strategici della gestione integrata dei pazienti e della continuità dell'assistenza, sono i **Patti aziendali** ovvero degli accordi che ciascuna Azienda ULSS negozia con i propri Medici

Convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi.

Il presente Accordo Regionale intende valorizzare:

- la valenza strategica del Patto;
- gli strumenti gestionali delle forme associative.

La *coerenza nella negoziazione degli obiettivi* strategici aziendali trova declinazione operativa, a livello territoriale, nel Budget di Distretto relativamente alla Medicina Convenzionata (Patti e Contratti) e, a livello ospedaliero, nel Budget Ospedaliero. Gli strumenti citati rappresentano i mezzi di programmazione e di gestione, in ambiti diversi e complementari – territoriale ed ospedaliero appunto –, di obiettivi delineati e condivisi a livello aziendale. L'impostazione proposta anticipa e pone le fondamenta per la costruzione di percorsi e processi di gestione dei pazienti, integrati tra gli ambiti territoriale e ospedaliero. Peraltro la realizzazione di articolati progetti di integrazione dei servizi e di miglioramento della continuità dell'assistenza richiede una programmazione pluriennale, strutturata in diverse fasi operative. Si ritiene dunque indispensabile definire dei Patti a valenza pluriennale (due-tre anni), articolati annualmente mediante i Contratti, strumenti che declinano a livello operativo gli obiettivi di programmazione.

Coerentemente al principio della prevalenza della sostanza su quello della forma, l'Accordo Regionale richiama l'istituto dell'associazionismo fra Medici, inteso come uno degli strumenti gestionali cardine dei Patti, per definirne più specificatamente i contenuti. A questo riguardo l'Accordo Regionale integra l'art. 54 "Forme associative" dell'ACN con una descrizione dei requisiti specifici aggiuntivi richiesti per ciascuna forma prevista, nonché ribadisce i contenuti fondamentali che ciascuna tipologia deve presentare. Nei requisiti specifici aggiuntivi si distinguono quelli finalizzati al miglioramento del servizio di continuità dell'assistenza – inteso sia come migliore accessibilità ai servizi (a livello di orario di copertura giornaliera di apertura ambulatoriale) sia come migliore presa in carico del paziente grazie allo scambio di informazioni tra medico e medico e tra medico e Azienda – e quelli volti al miglioramento della qualità dei servizi offerti. L'Accordo Regionale definisce inoltre le linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più evolute (art. 26 "Equipes territoriali ed UTAP" dell'ACN).

Riguardo al *sistema premiante* l'Accordo Regionale supera, laddove non espressamente previsto, la logica basata sul sistema di "retribuzione per prestazione" a favore di una logica di costituzione di un Fondo rischi ed oneri, denominato Fondo Aziendale di Assistenza Primaria, dedicato a promuovere ed a riconoscere i servizi offerti dai Medici. Tale ottica si pone in coerenza con le finalità dei Patti, strumenti volti ad introdurre sistemi d'offerta fondati non solo sulla gestione delle singole prestazioni sanitarie, ma soprattutto sulla gestione integrata di diversi processi.

Anche per quanto concerne il sistema premiante viene richiamato il principio di prevalenza della sostanza sulla forma. In particolare, con riferimento alla D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004, si richiede che:

1. le quote a) e b) (euro 3,10 e euro 1,35) costituiscano il livello di risorse per il finanziamento del Patto Aziendale,
2. la quota c) sia auto-finanziata con risorse risultanti da processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione del Sistema e al raggiungimento di obiettivi del Patto.

L'Accordo Regionale, quale documento di programmazione strategica della Medicina Generale, si struttura, per ciascun accordo di categoria, secondo la seguente articolazione:

- sottolineatura degli elementi contenutistici di rilevanza strategica o innovativi di ciascun accordo definito a livello nazionale,
- elencazione delle disposizioni generali,

- definizione delle sole parti innovative ed integrative rispetto a quanto disposto a livello nazionale, introdotte a livello regionale (non sono pertanto ripresi tutti i punti dell'ACN ma solamente quelli ulteriormente integrati e sviluppati a livello regionale).

ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI

Vengono richiamati di seguito i contenuti di *rilevanza strategica* o *innovativi* previsti nell'ACN e articolati nelle quattro aree-tematiche considerate cardine del presente Accordo e che saranno successivamente oggetto di ulteriori specificazioni. La citazione testuale è riportata in corsivo, tuttavia per una sua corretta contestualizzazione si rinvia al testo integrale dell'ACN.

Forme di "aggregazione"
<p><i>Due diverse tipologie di forme organizzative (art. 45 – comma 3):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>la prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi équipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali.</i> - <i>la seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.</i>
<p><i>I medici che operano in forme associative complesse (équipe territoriali e medicina di gruppo) ed in Unità territoriali di cure primarie (UTAP) possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle leggi, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali (art. 48 – comma 6).</i></p>
<p><i>Devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito (art. 54 – comma 4, lett. p).</i></p>
<p><i>All'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali (art. 54 – comma 4, lett. q).</i></p>

Al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,*
 - b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;*
 - c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;*
 - d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;*
 - e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;*
 - f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;*
 - g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;*
- i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi (art. 54 – comma 2).*

La medicina in associazione si caratterizza per:

- d) la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;*
- e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione (art. 54 – comma 7).*

Forme associative, quali società di servizio, anche cooperative (art. 54 – comma 3).

La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui al comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. n. 270 del 2000 (art. 54 – comma 15).

Nel caso di attività in forma associativa in équipes o in unità territoriale di cure primarie o UTAP, i medici di continuità assistenziale hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento. Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali (art. 56 – comma 3).

Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica (art. 56 – comma 4).

Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di assistenza primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale (art. 59 – comma 18).

[continuità assistenziale] In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriale (art. 65 – comma 4).

[continuità assistenziale] <i>In presenza di forme associative strutturate delle cure primarie e di attività organizzata in équipe, l'attività di continuità assistenziale è erogata nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima (art. 67 – comma 1).</i>
[continuità assistenziale] <i>Nell'ambito delle attività in équipe o in UTAP o in altre forme organizzative delle cure primarie, con Accordi regionali, possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate (art. 67 – comma 4).</i>
[continuità assistenziale] <i>Sono inoltre obblighi e compiti del medico: b) l'adesione alla sperimentazione dell'équipe territoriali, con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza nelle strutture protette e nei programmi di assistenza domiciliare (art. 67 – comma 16).</i>
[continuità assistenziale] <i>Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali (art. 67 – comma 17).</i>
[continuità assistenziale] <i>Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati gli ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività previste nelle équipe territoriali, nelle UTAP e nelle altre forme organizzative delle cure primarie (art. 67 – comma 18).</i>
[continuità assistenziale] <i>Nell'ambito degli Accordi regionali, sono definite le competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito delle UTAP, delle équipe territoriali o delle altre forme organizzative strutturali delle cure primarie (art. 68 – comma 5).</i>
Miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni
<i>Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione (art. 36 – comma 8).</i>
<i>L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con: ... Lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del servizio sanitario nazionale e regionale incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni (art. 45 – comma 2, lett. l). L'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale (art. 45 – comma 2, lett. m). L'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende (art. 45 – comma 2, lett. n). La partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi (art. 45 – comma 2, lett. o).</i>
<i>Gli accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari (art. 47 – comma 8).</i>
<i>Gli accordi regionali possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari (art. 59 – comma 2).</i>

In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi (...) per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa (art. 59 – comma 15).

In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al comma precedente (art. 59 – comma 16).

[continuità assistenziale] Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 medico ogni 5000 abitanti residenti (art. 64 – comma 2).

[continuità assistenziale] Le Regioni possono indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto medico (di continuità assistenziale)/popolazione. La variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli accordi regionali e comunque tale variabilità non può essere maggiore del 30% rispetto a quanto previsto al comma 2 (art. 64 – comma 3).

Informatizzazione e flussi comunicativi

L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:

...

La tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale su supporto informatico (art. 45 – comma 2, lett. b).

I direttori generali adottano i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare (art. 49 – comma 2):

b) le modalità di comunicazione tra ospedale e medico di famiglia in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;

c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA.

Continuità dell'Assistenza

Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali (art. 36 – comma 9).

Il medico può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le aziende sanitarie hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al medico di fiducia la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri (art. 49 – comma 1).

Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia (art. 49 – comma 4).

Negli ambiti degli accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei medici di assistenza primaria, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale (art. 56 – comma 2).

[continuità assistenziale] L'attività di continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle èquipe territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali (art. 62 – comma 4).

DISPOSIZIONI GENERALI

Con il presente Accordo Regionale si dà attuazione anche all'art. 7 dell'Intesa - ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 – della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Atto rep. n. 2271 del 23 marzo 2005, per la parte relativa ai Medici di Medicina Generale.

Livelli di contrattazione

Il quadro normativo di riferimento definisce due livelli di contrattazione:

- Nazionale (accordi collettivi nazionali, art. 3),
- Regionale (accordi regionali, art. 4).

L'applicazione a livello aziendale avviene in base al presente Accordo che individua gli obiettivi e gli strumenti per la Medicina Generale in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale. Si demanda ai Patti aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Atti amministrativi di riferimento

Costituiscono parte integrante ed essenziale del presente Accordo Regionale i seguenti provvedimenti della Giunta regionale:

- D.G.R. n. 303 del 9/02/2001 “Attivazione del Comitato regionale per la Medicina Generale ex art. 12 dell’ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, e nomina componenti.”
- D.G.R. n. 304 del 9/02/2001 “Attivazione del Comitato Regionale per la Pediatria di libera scelta ex art. 12 dell’ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272, e nomina componenti.”
- D.G.R. n. 398 del 01/03/2001 “AACCNN per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN, resi esecutivi con DDPPRR n. 270, n. 271 e n. 272 del 28.7.2000. Primi indirizzi applicativi.”
- D.G.R. n. 828 del 6/04/2001 “Applicazione degli istituti economici della quota variabile degli AACCNN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e con i pediatri di libera scelta. DDPPRR n. 270 e n. 272 del 28.07.2000.”
- D.G.R. n. 829 del 6/04/2001 “Attivazione Comitati Aziendali per la Medicina Generale ex art.11 dell’ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270.”
- D.G.R. n. 830 del 6/04/2001 “Attivazione Comitati Aziendali per la Pediatria di Libera Scelta ex art. 11 dell’ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272.”
- D.G.R. n. 1128 del 17/05/2001 “Attivazione dei Comitati Consultivi Zonali ex art. 11, D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271.”
- D.G.R. n. 1131 del 17/05/2001 “Rinnovo del Comitato Consultivo regionale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, ex art. 12 dell’ACN 1998/2000, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271.”
- D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, “Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata.”
- D.G.R. n. 187 del 01/02/2002 “Linee guida regionali applicative del decreto del Ministro della Salute 10 maggio 2001 in materia di sperimentazione clinica controllata in Medicina Generale e in Pediatria di libera scelta.”

- Decreto n. 73 del 7/02/2002, “Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Integrazione.”
- D.G.R. n. 1203 del 17/05/2002 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/20. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2002 e definizione del procedimento.”
- D.G.R. n. 1204 del 17/05/2002 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/2000. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2002 e definizione del procedimento.”
- D.G.R. n. 1461 del 7/06/2002 “Attività di formazione continua dei Medici di Medicina Convenzionata. Provvedimenti conseguenti all’approvazione dell’Accordo Regionale di cui alla D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001.”
- D.G.R. n. 2205 del 9/08/2002 “Accordo integrativo regionale per i Medici dell’Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati ai sensi del capo V del D.P.R. n. 270/2000, in attuazione dell’Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001.”
- D.G.R. n. 2854 del 11/10/2002 “Integrazione ed aggiornamento dell’Elenco regionale degli animatori di formazione permanente istituito con la D.G.R. n. 2511/2001.”
- D.G.R. n. 2924 del 29/10/2002 “Istituzione e attivazione del Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. DDPPRR. nn. 270, 271 e 272 del 28 luglio 2000.”
- D.G.R. n. 3921 del 30/12/2002 “Assistenza programmata degli ospiti non autosufficienti in Case di riposo, RSA ed altre strutture protette. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 31 dicembre 2001, n. 3889 “Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui agli AACCN resi esecutivi con DDPPRR n. 270/2000, n. 272/2000 e n. 271/2000.”
- D.G.R. n. 625 del 14/03/2003 “Schematizzazione di un modello teorico-pratico di budget per il Distretto socio-sanitario. D.G.R. n. 1045 del 2 maggio 2001.”
- D.G.R. n. 1182 del 30/04/2003 “Attuazione del I modulo del Progetto Cure Primarie. Capo II, Parte Terza dell’Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001.”
- D.G.R. n. 2072 del 11/07/2003 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/20. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2003.”
- D.G.R. n. 2073 del 11/07/2003 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/20. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2003.”
- D.G.R. n. 2662 del 12/09/2003 “Modello organizzativo regionale della Pediatria di Libera Scelta per l’erogazione, nell’ambito delle cure primarie, delle prestazioni non differibili e dell’assistenza ambulatoriale prefestiva e festiva diurna. D.G.R. 31 dicembre 2001, n. 3889.”
- D.G.R. n. 3826 del 12/12/2003 “Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Gestione delle attività per la formazione dei Medici convenzionati. D.G.R. n. 2924 del 29.10.2002.”
- D.G.R. n. 3827 del 12/12/2003 “Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Proroga, per il 2004, del rapporto in corso con l’Azienda sanitaria n. 9 e rinnovo del contratto con il Direttore del Centro. D.G.R. n. 2924 del 29.10.2002.”
- D.G.R. n. 477 del 05/03/2004 “Decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368 e successive modificazioni ed integrazioni. Riorganizzazione della formazione specifica in Medicina Generale.”

- D.G.R. n. 621 del 12/03/2004 “Modalità di attuazione del I modulo del progetto Cure Primarie, Parte Terza – Capo II dell’Accordo Regionale per la medicina convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001.”
- D.G.R. n. 1008 del 16/04/2004 “Attività di indirizzo e coordinamento per l’Accordo Regionale della Medicina Convenzionata. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001.”
- D.G.R. n. 1360 del 07/05/2004 “D.G.R. n. 3889/2001 – Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Trasferimento all’Azienda ULSS n. 20 di Verona delle attività regionali relative all’accesso alle convenzioni dell’area della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta. Avvio prima fase.”
- D.G.R. n. 2051 del 02/07/2004 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/20. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2003. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2004.”
- D.G.R. n. 2053 del 02/07/2004 “Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’articolo 25 della Legge regionale 3 febbraio, n. 5 “Progetto per l’attivazione di équipe territoriali delle Cure primarie nell’Azienda sanitaria n. 4.”
- D.G.R. n. 2209 del 23/07/2004 “ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000 e Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui alla D.G.R. n. 3889/2001. Razionalizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.”
- D.G.R. n. 2483 del 06/08/2004 “D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446. Trasferimento gestione conferimento incarichi a tempo determinato e aumenti orari relativamente a biologi, chimici e psicologi ambulatoriali, all’Azienda sanitaria n. 20.”
- D.G.R. n. 2481 del 06/08/2004 “Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’art. 25 della LR 03/02/1996, n. 5 – Progetto per l’attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissione ospedaliera.”
- D.G.R. n. 2993 del 01/10/2004 “Istituti economici della quota variabile previsti dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/20. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2003. Determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2004.”
- D.G.R. n. 3527 del 12/11/2004 “D.lgs. 17 agosto 1999 e succ. mod. e integr. – D.G.R. 5 marzo 2004 n. 477. Attività triennale della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale.”
- D.G.R. n. 3639 del 19/11/2004 “D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001. Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Progetto di: “Trasferimento all’Azienda ULSS n. 20 di Verona delle attività regionali relative all’accesso alle convenzioni dell’area della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta.” Approvazione.”
- D.G.R. n. 3640 del 19/11/2004 “Formazione continua per i Medici della Medicina Convenzionata. Sviluppo dell’attività di formazione continua rivolta ai Medici della Medicina Convenzionata.”
- D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 “Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per l’esercizio 2005, per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria e disposizioni collegate. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001.”
- D.G.R. n. 3856 del 3/12/2004 “LR n. 5 del 3 febbraio 1996, art. 13. Erogazione prestazioni sanitarie: “Approvazione schema tipo convenzione tra Aziende ULSS e Centri Servizio.”
- D.G.R. n. 3926 del 10/12/2004 “ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000 e Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui alla D.G.R. n. 3889/2001. Razionalizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale. Proroga.”
- D.G.R. n. 646 del 4/3/2005 – D.G.R. n. 2481 del 06/08/2004 “Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’art. 25 della LR 03/02/1996, n. 5 – Progetto per l’attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissione ospedaliera.” Integrazione e precisazione.

- Decreto n 37 del 6/4/2005 “Trattamento economico ex A.C.N. Medicina Generale del 23 marzo 2005.”
- D.G.R. n. 1629 del 28/06/2005 “Collegio arbitrale – costituzione e disciplina. A.C.N. Medicina Generale del 23 marzo 2005.”
- D.G.R. n. 2424 del 9/08/2005 “Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S.”
- D.G.R. n. 2692 del 20/9/2005 “Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con intesa della conferenza Stato/Regioni rep. n. 2272 del 23.3.2005. Art. 24 – Comitato regionale. Costituzione”.
- D.G.R. n. 2693 del 20/9/2005 “Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, recepito con intesa della conferenza Stato/Regioni rep. n. 2272 del 23.3.2005. Art. 25 – Comitato consultivo regionale. Costituzione”.
- D.G.R. n. 2694 del 20/9/2005 - DGR. n. 2051 del 2.7.2004. “Istituti economici della quota variabile previsti dall’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale di cui al DPR n. 270/2000 artt. 40 e 45. Determinazione dell’importo delle indennità previste per l’anno 2004. Artt. 46 e 59, lett. b), del nuovo accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo”.
- D.G.R. n. 3220 del 25/10/2005 “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”.

Aggiornamento delle disposizioni dell’Accordo

Considerato che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell’attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l’Accordo Regionale ad eventuali cambiamenti del SSSR, si assegna tale compito al Comitato regionale (art. 24) per la Medicina Generale, attraverso l’adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza.

Decorrenza economica dell’Accordo

Il presente Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R. della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Durata dell’Accordo Regionale

Il presente Accordo Regionale ha durata fino all’entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l’attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Graduatoria regionale

Si prevede, ai sensi dell’art. 15 dell’A.C.N., la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal vigente A.C.N. per la Medicina Generale, salvo diversa determinazione regionale.

La gestione delle relative procedure è affidata alle seguenti Aziende ULSS:

- graduatoria unica regionale annuale per l'accesso alle convenzioni dell'area di Medicina Generale. La procedura è espletata, a partire dalla graduatoria valida per l'anno 2006, dall'Azienda ULSS n. 20 di Verona.
- assegnazione di incarichi per la copertura delle zone carenti di Medicina Generale e degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale. Le procedure sono espletate dall'Azienda ULSS n. 6 di Vicenza.

Definizione della percentuale di riserva

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui al vigente ACN per la Medicina Generale, si riserva ai sensi del comma 7 dell'art. 16 dell'A.C.N., fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lettera a), e dell'art. 63, comma 2, lettera a), nel proprio ambito:

- a) una percentuale pari al 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.lgs n. 256/1991 e delle norme corrispondenti di cui al D.lgs n. 368/1999 e di cui al D.lgs n. 277/2003;
- b) una percentuale pari al 33% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a) si cui sopra.

Partecipazione ai Comitati e Commissioni

Per la partecipazione alle riunioni dei comitati ex artt. 23 e 24 dell'A.C.N., compreso il tempo occorrente per il viaggio e fino ad esaurimento degli argomenti all'ordine del giorno, è prevista una indennità onnicomprensiva di € 154,94, corrisposta direttamente al medico membro dei suddetti organismi da parte della Azienda ULSS di iscrizione del medico stesso, sotto la voce "rimborsi sostituzioni sindacali".

Per l'attivazione del Comitato regionale e dei Comitati aziendali per la Medicina Generale, articoli 23 e 23, si applicano i criteri fissati con, rispettivamente, DGR n. 303 del 9/02/2001 e DGR n. 829 del 6/04/2001.

Le OO.SS. interessate sono quelle maggiormente rappresentative a livello regionale e aziendale a norma dell'art. 22 dell'A.C.N..

La Regione si avvale, nell'ambito del Comitato regionale per la Medicina Generale, per l'esercizio dei propri compiti, di tecnici delle Aziende sanitarie facenti parte del suddetto organismo.

Tale gruppo tecnico svolge, con il coordinamento regionale, le attività relative all'istruttoria dei quesiti sull'A.C.N. sottoposti all'attenzione del Comitato regionale per la Medicina Generale.

Alle riunioni del Comitato partecipano anche le strutture tecniche (Azienda sanitaria n. 4 e Ca' Foscari Formazione e Ricerca) individuate con la D.G.R. n. 1008 del 16/04/2004 "Attività di indirizzo e coordinamento per l'Accordo regionale della medicina convenzionata. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001."

Ai componenti di parte pubblica è riconosciuto, a carico dell'Azienda sanitaria di appartenenza, per la partecipazione alle riunioni del Comitato regionale per la Medicina Generale, una indennità forfetaria pari a € 51,65. Tale riconoscimento economico si applica anche al segretario dei Comitati aziendali.

Ai Comitati è ammessa la presenza di componenti tecnici chiamati dalle OO.SS. ivi rappresentate, tuttavia detta partecipazione non è remunerata né dà diritto di voto.

Ai Medici di Medicina Generale, componenti di Commissioni aziendali, viene riconosciuto un compenso orario forfetario onnicomprensivo di € 30,00, o rapportato ad eventuali frazioni d'orario.

Esercizio del diritto di sciopero - Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

I medici che aderiscono allo sciopero in forma diretta garantiscono le prestazioni previste dall'art. 31 dell'A.C.N.. Il compenso spettante corrisponde al 50% degli emolumenti.

Mediante accordi integrativi aziendali, le Aziende ULSS stabiliscono, relativamente agli addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni, nonché la loro distribuzione territoriale.

Le prestazioni non differibili andranno definite, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Accordo, istituendo un apposito gruppo di lavoro.

Nelle more, le Aziende garantiscono comunque il servizio con modalità concordate con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale.

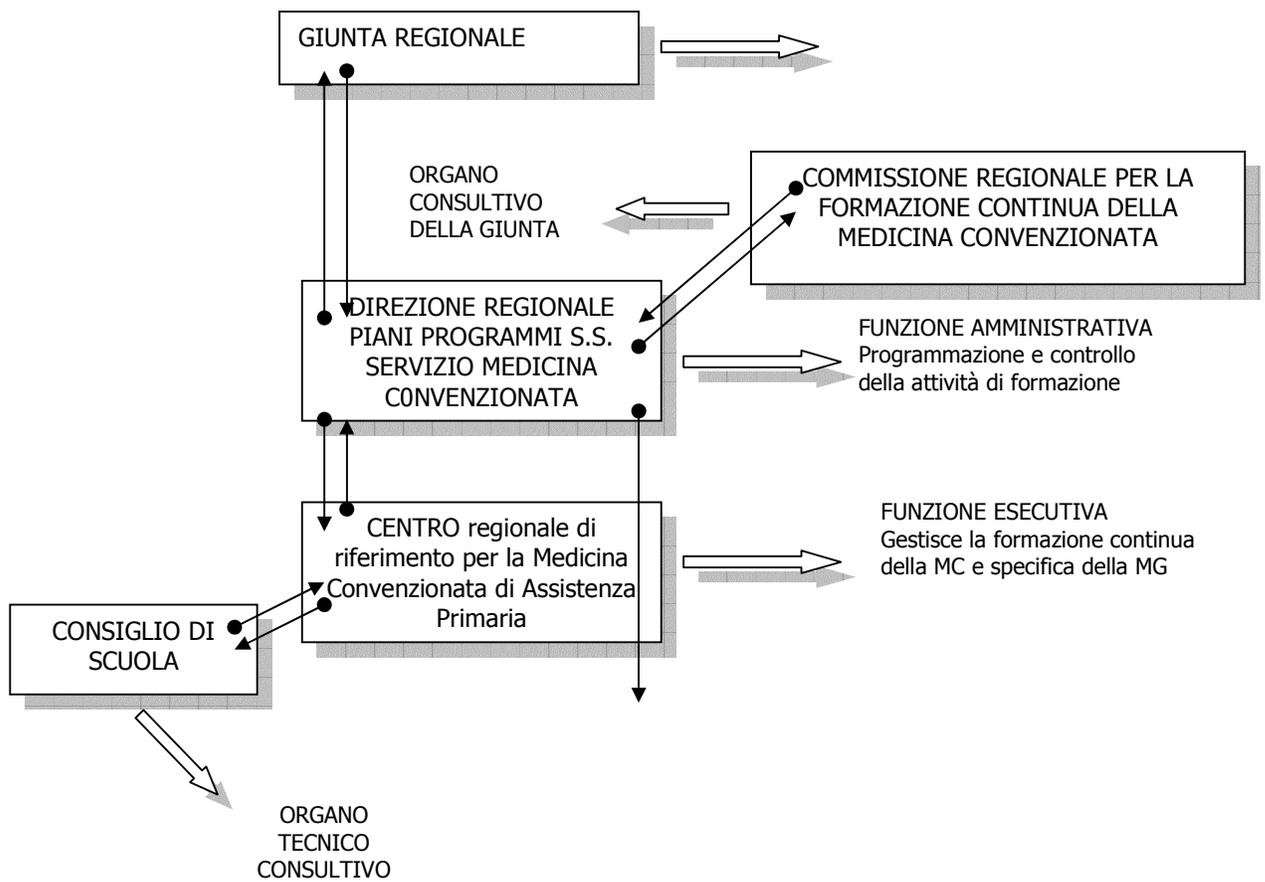
Formazione

Per l'attuazione dell'art. 20 dell'A.C.N., si rinvia a quanto disposto con la D.G.R. n. 3640 del 19/11/2004 "Formazione continua per i Medici della Medicina Convenzionata".

Il Sistema Organizzato di Formazione continua (SOF) è rappresentato dal sottoindicato modello delle relative competenze.

Si sottolinea inoltre che la complessità di realizzazione di un sistema orientato a portare il focus sulle cure primarie, a migliorare la qualità complessiva della assistenza erogata e ad individuare l'integrazione professionale come strumento essenziale per realizzare la continuità assistenziale, richiede di raggiungere un accordo, per un arco temporale definito, su un progetto formativo comune per tutte le componenti professionali coinvolte nel processo di cambiamento. Le esigenze formative richiedono l'impegno di superare eventuali difficoltà e/o vincoli che potrebbero derivare dalla diversa contrattualistica dei professionisti coinvolti e dalle usuali modalità di organizzazione degli eventi formativi per la dipendenza e per i professionisti convenzionati.

Fig. 2
SISTEMA ORGANIZZATIVO DI FORMAZIONE CONTINUA



L'ASSISTENZA PRIMARIA

ASPETTI NORMATIVI-FORMALI

Rapporto ottimale

Ai sensi del comma 9 dell'art. 33 dell'A.C.N., si prevede che, a decorrere dagli adempimenti di cui all'art. 34 dell'A.C.N. per l'anno 2006, per ciascun ambito territoriale, possa essere iscritto solamente un medico ogni 1200 abitanti residenti o frazione di 1200 superiore a 700, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 Dicembre dell'anno precedente. In tal senso va applicato l'Allegato B dell'A.C.N.

Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria

Ferma restando l'articolazione territoriale delle Aziende in distretti socio-sanitari, quali centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, i parametri per la definizione degli ambiti territoriali ai fini della copertura delle zone carenti, art. 34 dell'A.C.N., sono i seguenti, fatte salve particolari condizioni documentate dalle singole Aziende ULSS previo parere obbligatorio del Comitato aziendale:

- a) l'ambito territoriale coincide di regola con il territorio del Comune, avente orientativamente una popolazione residente pari a 10.000 abitanti;
- b) qualora il Comune abbia una popolazione residente inferiore a 10.000 abitanti, l'ambito territoriale è costituito da più Comuni limitrofi, comprendenti orientativamente una popolazione complessiva di 10.000 abitanti. L'aggregazione dei Comuni deve avvenire comunque in ambito distrettuale;
- c) qualora il territorio di un Comune sia suddiviso in più distretti, eventualmente aggreganti altri Comuni limitrofi, il calcolo del rapporto ottimale, ai fini dell'individuazione delle zone carenti, è riferito alla popolazione residente nel Distretto.

Gli ambiti territoriali sono individuati con apposito provvedimento deliberativo delle Aziende, previo parere obbligatorio del Comitato aziendale.

Qualora si accertino applicazioni difformi, le parti si impegnano ad una verifica appropriata per una corretta realizzazione dei criteri indicati.

La scelta del Medico di Medicina Generale ha luogo nell'ambito territoriale come definito dal primo capoverso del presente paragrafo, fatto salvo quanto stabilito all'art. 33, comma 8, dell'A.C.N..

In sede di pubblicazione delle zone carenti, l'Azienda ULSS può individuare, nell'ambito territoriale, il Comune o la zona di ubicazione dello studio medico, indicando espressamente, previo parere favorevole del Comitato aziendale, il vincolo all'apertura e alla permanenza dello studio in detta zona per almeno tre anni. Tale vincolo comporta, per il medico, l'impossibilità di spostare lo studio principale in altri Comuni dello stesso ambito territoriale per almeno tre anni, tenuto conto della nota transitoria n. 10 dell'A.C.N.. Al verificarsi di nuove zone carenti nello stesso ambito territoriale l'Azienda ULSS, prima di procedere alla pubblicazione delle stesse, interpella i medici già inseriti, da almeno tre anni, nelle zone "vincolate", secondo l'anzianità di iscrizione nello stesso elenco e, in subordine, secondo l'anzianità complessiva di convenzione, al fine di consentire loro lo spostamento dello studio nell'ambito territoriale; in caso di accettazione l'Azienda ULSS pubblica la zona "vincolata", così resasi carente, ove sarà assicurata l'assistenza ambulatoriale a cura di un nuovo medico neo inserito.

I medici inseriti in zone “vincolate” possono comunque partecipare per graduatoria, anche prima che siano trascorsi i tre anni di permanenza nelle zone stesse, alla procedura di assegnazione di zone carenti nello stesso ambito territoriale ove sono già iscritti o in altri ambiti territoriali.

Al fine di favorire l’inserimento stabile dei medici in piccoli Comuni o in zone disagiate di Comuni più ampi, l’Azienda ULSS può autorizzare l’utilizzazione di ambulatori pubblici negoziandone le modalità. Tale individuazione potrà essere modificata, previo parere del Comitato aziendale, qualora si accertino, in fase di inserimento del medico, condizioni particolari limitative per il medico o per il servizio agli assistiti, ovvero la mancanza assoluta di immobili, anche tra le strutture pubbliche, atti ad ospitare lo studio privato del convenzionato.

All’interno dell’ambito territoriale costituito in base ai parametri di cui sopra, il Medico di Medicina Generale, fatta salva l’ipotesi prevista dall’art. 34, commi 11 e 12 dell’A.C.N., può aprire lo studio medico in qualsiasi Comune o zona dell’ambito territoriale stesso, dandone preventivamente comunicazione all’Azienda.

Nell’ambito territoriale, come costituito in base ai parametri di cui sopra, è consentita l’apertura di altro studio professionale. Nel caso di un Comune suddiviso in più ambiti il Medico di Assistenza Primaria può aprire un altro studio appartenente al territorio dello stesso Comune. In entrambi i casi deve sempre mantenere l’apertura del primo studio ed aprire il secondo con orario aggiuntivo. Eventuali deroghe vengono demandate al Comitato Aziendale.

Le parti concordano che il punteggio per la residenza ex art. 34 comma 3 lett. b) dell’A.C.N. è attribuibile ai soli residenti degli ambiti territoriali di cui al primo capoverso lettere a), b) e c).

Per gli aspetti di cui sopra, eventuali soluzioni per ipotesi particolari possono essere determinate dall’Azienda ULSS con il parere obbligatorio del Comitato aziendale.

Revoche d’ufficio

In caso di trasferimento dell’assistibile nell’ambito della stessa ULSS, l’Azienda ne dà immediata comunicazione al medico per la continuità dell’assistenza. In caso di nuova scelta, la revoca, agli effetti economici, decorre dalla data della nuova scelta.

Si precisa che per quanto attiene alla fattispecie di cui al comma 1 dell’art. 42 dell’A.C.N. per la Medicina Generale, gli effetti derivano dal momento in cui cessa il motivo della sospensione.

Per il temporaneo trasferimento all’estero, la sospensione coincide con il periodo di permanenza richiesto dal cittadino, scaduto il quale questi viene automaticamente attribuito al medico titolare.

La riattribuzione delle scelte dei cittadini, temporaneamente sospesi dagli elenchi ai sensi del comma 1 dell’art. 42 (militari e categorie assimilate), è effettuata con decorrenza dalla data di cessazione della causa di sospensione. Il medico è tenuto, comunque, all’assistenza del cittadino a decorrere dalla data di cessazione dell’evento che ha determinato la sospensione.

Si richiama, per particolare attenzione, quanto previsto dal comma 6 dell’art. 42 dell’A.C.N. per la Medicina Generale, nonché il disposto della D.G.R. n. 3244 del 6/10/2000.

Relativamente all’applicazione dell’art. 39 commi 11 e 12 e dell’art. 40 commi 5 e 12 dell’A.C.N., si introduce la seguente modalità: qualora si verificasse che un Medico abbia già in carico un numero di assistiti extracomunitari o altri assistiti temporaneamente iscritti, superiore al massimale previsto, si prevede un rientro fisiologico fino a 1.800 scelte.

Premesso che, nell’art. 34, comma 1, lettera b), del T.U. sull’immigrazione, è esplicitato il diritto per l’extracomunitario di essere iscritto al SSN anche durante la fase del rinnovo del permesso di soggiorno, relativamente all’art. 40 comma 6 dell’A.C.N. si precisa che ogni Azienda deve provvedere al rinnovo automatico dell’iscrizione al SSN alla scadenza del permesso di soggiorno, per un periodo la cui durata sarà stabilita dalla stessa Azienda sulla base dei tempi di espletamento delle pratiche da parte della Questura di riferimento. Una volta conseguito il nuovo permesso di soggiorno l’interessato dovrà ripresentarsi al Distretto socio-sanitario per rinnovare l’iscrizione al

SSN con una durata corrispondente alla validità del permesso stesso. In caso di mancato rinnovo del permesso di soggiorno, la cancellazione delle quote al medico avverrà dalla data del rigetto della domanda stessa; in ogni altro caso la cancellazione avverrà se l'extracomunitario non si presenterà con il nuovo permesso di soggiorno ed il recupero delle quote sarà effettuato a partire dalla data di scadenza del rinnovo automatico.

Zone disagiate o disagiatissime

Le zone disagiate o disagiatissime, ex art. 59 lettera D punto 2 dell'A.C.N., a popolazione sparsa comprese le piccole isole vengono individuate ed approvate dalle Aziende ULSS sentito il Comitato aziendale e successivamente comunicate alla Regione.

Le zone disagiate e disagiatissime vengono individuate dalle Aziende ULSS sulla base di una valutazione complessiva fondata sui seguenti criteri:

- elevato rapporto fra superficie del territorio e popolazione (popolazione sparsa, spopolamento, invecchiamento),
- condizioni di viabilità e percorribilità delle strade o delle comunicazioni lagunari (caratteristiche morfologiche del territorio con una marginalizzazione dell'area) e presenza di strutture ospedaliere,
- condizioni oro-geografiche e ambientali.

Per lo svolgimento di attività nelle zone individuate come disagiate o disagiatissime a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, ai Medici di Assistenza Primaria va corrisposto un compenso aggiuntivo forfetario annuo secondo quanto segue:

- zone dichiarate disagiate: compenso aggiuntivo annuo divisibile in dodicesimi pari a € 6,20 per assistito in carico, residente o domiciliato nella zona stessa;
- zone dichiarate disagiatissime: al compenso come sopra determinato viene aggiunta una quota forfetaria annua di € 7.746,85 divisibile in dodicesimi.

Le Aziende possono individuare, sentito il Comitato aziendale, altre tipologie di zone disagiate o disagiatissime in conformità alle condizioni del proprio territorio, al di fuori della casistica sopra riportata, e definire i correlati compensi. Le zone così individuate sono dichiarate disagiate o disagiatissime dalla Regione.

Nel caso in cui l'incarico per un ambito territoriale carente non fosse conferibile per mancanza di medici disponibili o si rendesse, successivamente all'assegnazione, nuovamente disponibile per rinuncia o trasferimento del medico interessato, e tale situazione continuasse nel tempo, l'Azienda, con il parere del Comitato aziendale per la Medicina Generale, individua una speciale integrazione al trattamento economico previsto per i Medici di Assistenza Primaria per tale situazione eccezionale.

Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie

Con Decreto regionale n. 37 del 6 aprile 2005 detto fondo è stato vincolato alla piena attuazione degli istituti contrattuali introdotti con il nuovo A.C.N.. In base a tale principio gli istituti dell'A.C.N. possono essere ulteriormente remunerati solo in caso di individuazione di ulteriori e specifici compiti o obiettivi.

Fondo per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa

Con Decreto regionale n. 37 del 6 aprile 2005 detto fondo è stato vincolato alla disponibilità dei Medici di Medicina Generale ad aderire ai Patti aziendali: in base a questo principio, dall'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale, il Medico che non aderirà ai patti aziendali non potrà più percepire tale emolumento con effetto dalla data prevista per la sottoscrizione. Il compenso è erogato in dodicesimi e le quote non corrisposte vengono ripartite, a fine esercizio, fra i medici aderenti.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Budget di Distretto

Vengono richiamati a seguito i contenuti di rilevanza strategica previsti dalla D.G.R. n. 625 del 14/03/2003 "Schematizzazione di un modello teorico-pratico di budget per il Distretto socio-sanitario", assumendoli come criteri definitori e premesse indispensabili per l'attivazione del modello organizzativo-funzionale in cui trova contestualizzazione la formulazione dei Patti aziendali.

Per assicurare un'efficace attivazione del processo di budget all'interno di un'Azienda ULSS è necessario:

1. definire gli obiettivi di budget a livello aziendale e la loro declinazione a livello distrettuale, ospedaliero e del dipartimento di prevenzione;
2. strutturare un adeguato sistema organizzativo conforme alle disposizioni regionali (D.G.R. n. 3242/2001), in cui si profila un ruolo "forte" del Distretto socio-sanitario e si definisce l'assetto delle Unità Operative tecniche ed amministrative di supporto al Distretto e/o del coordinamento (medicina territoriale, convenzioni, farmaceutico, sistema informativo, controllo di gestione, servizi sociali);
3. correlare l'assetto organizzativo ad un sistema delle responsabilità e di budgeting con particolare attenzione ai costi e al monitoraggio delle attività/volumi prodotti, richiesti o indotti. I piani di programmazione e i budget distrettuali dovranno rispondere al principio di autosostenibilità economico-finanziaria;
4. creare e sostenere un clima aziendale e delle relazioni interne in grado di motivare tutte le componenti del sistema-azienda alla propria crescita professionale, al perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione, all'utilizzo dello strumento del budget. In questo contesto il budget rappresenta uno dei principali strumenti a supporto della politica aziendale sia per il raggiungimento di obiettivi di governo clinico e di promozione della salute, sia per un efficace governo della domanda e dell'offerta. Ciò si esplica mediante un sistema di relazioni multi-livello, che per il territorio sono:
 - a) tra Direzione Aziendale e Direzione di Distretto per la definizione e la negoziazione degli obiettivi macro;
 - b) tra Direzione di Distretto e U.O. distrettuali;
 - c) tra Direzione di Distretto (U.O. distrettuali) e le componenti convenzionate, ovvero Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni;
5. favorire l'"orientamento" della Direzione e della dirigenza aziendale verso lo sviluppo della partnership con la Medicina Generale, pianificando momenti di confronto volti alla definizione di obiettivi condivisi e di strumenti concertati, in una prassi globale di tipo *partecipativo*;

6. implementare un idoneo sistema di programmazione e controllo che consenta di mantenere efficaci e costanti flussi informativi a supporto delle valutazioni sulle performance aziendali e delle decisioni strategiche dell'Azienda ULSS.

Patti Aziendali

Vengono richiamati ed approfonditi i contenuti di rilevanza strategica previsti dalla D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 “Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per il 2005”, assumendoli come orientamenti prescrittivi per la formulazione e negoziazione dei Patti aziendali.

Il Patto come strumento di governo

Premesso che le prestazioni individuate con i Livelli Essenziali di Assistenza per la Medicina Convenzionata rientrano fra i compiti e le attività definite con gli AACCN di categoria, indicanti anche il relativo trattamento economico, i Patti aziendali, di cui all’Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Lo strumento dei Patti costituisce parte integrante dei sistemi di pianificazione e di programmazione aziendali, in relazione agli obiettivi di salute individuati e concorre al raggiungimento degli stessi. Coerentemente a tale logica, i Patti intendono esplicitare nello specifico di ogni Azienda ULSS:

- 1) la funzione (compiti ed attività) della Medicina di Assistenza Primaria come uno dei principali soggetti coinvolti nell’attività di Governo della Domanda (ricoveri, prestazioni specialistiche, farmaci, protesica, inserimenti in struttura residenziale e/o semiresidenziale, ecc.);
- 2) le azioni volte alla promozione di Obiettivi di Salute attuati attraverso la messa a punto di processi di “presa in carico dei problemi di salute” e di “stili di vita” che qualificano il rapporto medico-paziente. In questo ambito il ruolo centrale del medico si esplica nella realizzazione di azioni di prevenzione e/o nel supporto alla progettazione/attivazione di servizi rispondenti ai bisogni, in virtù del ruolo di “osservatore privilegiato” dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, di primo contatto con il SSN e di gestore della prima risposta ai bisogni di salute delle persone;
- 3) le Prestazioni offerte dal Medico di Assistenza Primaria e delle loro modalità di erogazione, nonché delle attività implementate per un percorso volto alla Formazione e alla Crescita professionale.

Il Comitato di coordinamento, di cui alla DGR n. 1008 del 16/04/2004 “Attività di indirizzo e coordinamento per l’Accordo regionale della medicina convenzionata. DGR n. 3889 del 31/12/2001”, è composto, inoltre, da tre Medici di Medicina Generale individuati con Decreto del Dirigente regionale della Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari.

La negoziazione dei Patti va sviluppata a partire dai seguenti assunti:

- necessità di adeguare il Sistema veneto alla gestione dei nuovi accordi, nel rispetto dei due livelli di negoziazione nazionale e regionale,
- esigenza di rafforzare il Patto come strumento di governo a fronte di una diffusa valutazione complessiva di validità,
- elevata differenziazione nella gestione dei Patti entro i vari contesti aziendali,
- necessità di estendere lo strumento anche agli ambiti della Medicina Convenzionata relativi alla Continuità Assistenziale, all’Emergenza Sanitaria Territoriale, alla Pediatria di Libera Scelta e alla Specialistica Ambulatoriale Interna,

- necessità di garantire la certezza dell'assolvimento dei contenuti del Patto ovvero di garantire il riconoscimento al medico del proprio comportamento meritevole qualora abbia raggiunto gli obiettivi previsti,
- esigenza di continuità espressa attraverso l'applicazione di uno strumento che prosegua nel tempo e ne evolva la cultura,
- esigenza di far esercitare alle Aziende ULSS la propria autonomia nel rispetto dei criteri di "equità" di trattamento tra diversi contesti aziendali, e quindi evitare possibili aree di sconfinamento.

a) Indirizzi organizzativo/aziendali

- a.1) Definizione e redazione del Patto: la definizione del Patto aziendale rientra fra i compiti dell'Azienda ULSS. Al riguardo si richiama la D.G.R. n. 2424 del 9/08/2005, con la quale l'attuazione dei Patti aziendali è stata individuata come uno degli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie.
- a.2) Applicazione della D.G.R. n. 3242 del 30/11/2001: l'efficacia della stipula di un Patto con la Medicina Convenzionata si fonda sulla possibilità di usufruire di un adeguato apparato organizzativo aziendale che ne consenta l'effettiva gestione. Ciò in prima istanza si traduce nel dare seguito agli indirizzi contenuti nella D.G.R. n. 3242 del 30/11/2001 volti alla riorganizzazione territoriale e distrettuale.
- a.3) Individuazione dei Referenti interni: in conseguenza dell'applicazione della D.G.R. n. 3242 del 30/11/2001 si individuano nell'Azienda ULSS, un referente per la gestione delle relazioni tra contraenti (Azienda ULSS e Medici di Assistenza Primaria), un referente per la gestione dei contenuti/verifiche del Patto, un referente per la gestione contabile del Patto. E' facoltà dell'Azienda ULSS affidare l'intera problematica ad un unico referente. In ogni caso l'Azienda ULSS si interfaccia in modo univoco con i Medici di Assistenza Primaria.

b) Indirizzi strutturali/gestionali

- b.1) Formulazione di un Patto + Contratto: si individua l'opportunità di redigere due documenti distinti: un Patto che espliciti gli obiettivi aziendali perseguiti e contestualizzi il ruolo del Medico di Assistenza Primaria all'interno di questi ed un Contratto che traduca gli obiettivi in specifici indicatori quali-quantitativi verificabili e fissi i pesi e gli incentivi di ciascuno di essi.
- b.2) Durata del Patto e del Contratto: si verifica l'opportunità di assumere una durata pluriennale per il Patto (nella fattispecie: biennale o triennale); per quanto riguarda invece la formulazione del Contratto si evince l'opportunità di prevedere una durata per esercizio contabile/anno solare nell'ottica di facilitarne la gestione contabile e, conseguentemente, l'imputazione corretta degli importi per competenza, nonché di rispettarne le scadenze di verifica degli obiettivi.
La stipula del Patto, proprio per la sua natura strategica e di programmazione, deve avvenire senza soluzione di continuità. Pertanto in caso di mancato rinnovo di tale strumento, il Patto/Contratto scaduto è prorogato d'ufficio fino all'approvazione del nuovo.
- b.3) Tipologia di contraente/firmatario: si conviene che il Patto, in quanto accordo aziendale, debba essere sottoscritto dalle OO.SS. maggiormente rappresentative, nell'ambito dei rispettivi Comitati aziendali. Il Contratto, sulla base degli indirizzi assunti nel Patto e con le modalità definite con le OO.SS. maggiormente rappresentative, potrà essere negoziato e sottoscritto dal singolo medico e/o dalla forma associativa.
- b.4) Costituzione del fondo aziendale: i sistemi incentivanti adottati, in conformità all'Accordo regionale di cui alla D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, sono finanziati con risorse certe e definite, anche risultanti dai processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione del Sistema socio-sanitario regionale. Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna Azienda provvede alla costituzione, ogni anno, di un apposito fondo rischi ed oneri, inserendo

l'importo, quantificato sulla base di € 4,45 per assistito/anno, pari alle quote A) e B), nel Bilancio Economico Preventivo. Nel caso in cui le risorse economiche non fossero completamente utilizzate nell'esercizio di competenza, salvo quanto previsto al successivo punto b.6), la parte non corrisposta andrà ad incrementare il fondo dell'anno successivo.

- b.5) Computo delle incentivazioni: qualora parte o tutti gli incentivi siano erogati sulla base degli "assistiti" si rileva opportuno uniformare le modalità di computo delle incentivazioni adottando l'ipotesi di assumere come numero di quote di riferimento la media annuale degli assistiti (considerando l'annualità di riferimento del Patto/Contratto).
- b.6) Fissazione di un tetto per le incentivazioni: si prevede di definire una formulazione di incentivazione articolata su tre livelli:
- quota A), pari a € 3,10 per assistito: le quote non corrisposte vengono ripartite, a fine esercizio, fra i medici aderenti in proporzione al raggiungimento degli obiettivi;
 - quota B), che non potrà risultare superiore a € 1,35 per assistito;
 - quota C), legata ad obiettivi su progetti speciali predisposti dall'Azienda ULSS interessata e inviati alla Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari che si esprime in merito, acquisito il parere del Comitato di coordinamento ex D.G.R. n. 1008 del 16 aprile 2004. Al fine di mantenere nel tempo il valore economico del sistema incentivante introdotto con la D.G.R. n. 3731/2004, si prevede l'adeguamento annuale, a partire dal 1° gennaio 2006, del valore economico delle quote A) e B) dei Patti aziendali, conformemente agli obiettivi da perseguire nell'anno di riferimento.
- b.7) La determinazione della quota C) dei Patti aziendali avviene secondo i seguenti criteri:

- ***Rispetto dei contenuti di eccellenza, adeguamento a standard regionali e di qualificazione del livello organizzativo delle cure primarie.***

La quota C) viene erogata per l'incentivazione di uno dei seguenti macro-obiettivi:

- *di eccellenza.* Tra questi obiettivi si segnalano, in particolare, quelli di gestione integrata dei pazienti e di continuità assistenziale, individuati come strategici nel presente Accordo regionale;
- *di adeguamento agli standard regionali.* Tra questi obiettivi si sottolineano quelli di governo della domanda e, più specificatamente, quelli di razionalizzazione del tasso di ospedalizzazione, di prestazioni farmaceutiche e specialistiche nelle realtà con parametri notevolmente al di sopra della media regionale;
- *innalzamento e qualificazione del modello organizzativo delle cure primarie.* Tra questi obiettivi si evidenziano in particolare la partecipazione dei Medici di Assistenza Primaria alla gestione distrettuale e l'incremento delle potenzialità delle forme associative.

- ***Certificazione dell'autosostenibilità economica***

Le Aziende sono tenute a certificare la reale autosostenibilità economica degli obiettivi su progetti specifici legati alla incentivazione della quota C). Non sono ammesse quote C) finanziate con fondi espressamente richiesti alla Regione.

- ***Dimostrabilità dei risultati conseguibili***

La definizione della quota C) è subordinata alla oggettiva evidenza, ex ante, dei risultati raggiungibili in termini di obiettivi di salute e miglioramento dei servizi erogabili. I Patti dovranno, pertanto, esplicitare le modalità di valutazione e di verifica degli obiettivi anche di salute, i relativi indicatori per la loro misurazione, nonché i risultati attesi in un contesto di compatibilità economica.

La quota C) può essere intesa sotto una duplice veste: come incentivo monetario erogato ai singoli medici o come servizi aggiuntivi destinati agli assistiti e/o ai medici.

- b.8) Modalità di erogazione dell'incentivazione: l'opportunità di uniformare le modalità di erogazione degli incentivi, compatibilmente con i tempi di verifica del raggiungimento degli obiettivi, suggerisce di erogare le quote "concordate" nel Contratto/Patto con una cadenza distribuita nell'arco dell'annualità. Resta peraltro fermo il principio del recupero di importi erogati non dovuti.

c) Aspetto contenutistico

- c.1) Individuazione delle sezioni tematiche: il Patto e i Contratti si strutturano per sezioni tematiche entro le quali le Aziende ULSS dovranno enucleare e declinare i propri obiettivi e i relativi indicatori. Le macro-sezioni individuate attengono ad Obiettivi di Salute, all'Offerta/Erogazione di Attività e alla Crescita Professionale (ciascuna delle quali opportunamente articolata in sotto-sezioni), in una logica complessiva di Governo della Domanda. Una particolare attenzione dovrà essere posta al contenimento delle liste d'attesa – D.G.R. n. 3535 del 12/11/2004 - attraverso la condivisione e l'applicazione di protocolli di accesso alle prestazioni, nonché attraverso il miglioramento della comunicazione con i cittadini.
- c.2) Tipologia di obiettivi. Il Patto potrà contenere:
 - obiettivi di processo legati espressamente alla definizione di azioni organizzative, alla stesura di linee-guida, all'implementazione di processi innovativi di presa in carico, all'individuazione di nuovi modelli di gestione dei servizi, ecc.;
 - obiettivi di risultato rispondenti a criteri di appropriatezza socio-sanitaria (obiettivi di salute) e di economicità a parità di risultati sulla qualità dell'assistenza.
- c.3) Definizione degli indicatori: gli obiettivi dovranno essere corredati da adeguati indicatori quali-quantitativi, opportunamente verificabili e praticabili.
- c.4) Adesione al Patto: il Medico di Assistenza Primaria che aderisce al Patto è tenuto a svolgere i compiti e le attività in esso previsti, a partecipare ai relativi progetti aziendali e ad essere conduttore-responsabile di progetto quando richiesto.
- c.5) Patto come strumento di innovazione: il Patto deve porsi come strumento di innovazione e quindi deve prevedere la retribuzione di azioni/interventi non già retribuite/i attraverso istituti disciplinati dagli Accordi Nazionale e/o Regionale.
- c.6) Sistematizzazione delle strategie: gli elementi di innovazione previsti, di volta in volta, dai Patti dovranno rispettare il criterio, oggetto di negoziazione, della sistematizzazione delle strategie intraprese, ovvero gli obiettivi e le relative incentivazioni dovranno rispettare il consolidamento delle tappe pregresse ed assunte/realizzate dai Patti precedenti.

Sintesi indicativa di obiettivi incentivabili attraverso i Patti aziendali

obiettivi di salute	Prevenzione primaria e secondaria (es.: stili di vita, campagne vaccinali, screening, percorsi di orientamento alla salute, rilevazioni su specifici target di popolazione)			crescita professionale	formazione continua e integrata (ACN 23 marzo 2005, art. 20, c. 2) e partecipazione a progetti e/o gruppi di lavoro promossi dai Patti
	processi di presa in carico dei problemi di salute "emergenti" dalla definizione del quadro epidemiologico di riferimento				confronto tra pari, forme associative ed équipe
	appropriatezza delle cure	- appropriatezza prescrittiva			informatizzazione
		- linee guida - percorsi (es. PDT, PDP, ecc.)			
offerta/erogazione attività	attività erogate	Es.: assistenza extra ospedaliera (case riposo, RSA, progetti definiti), ADI, assistenza ai malati oncologici e ai pazienti fragili, gestione di patologie croniche			
	informazione, comunicazione, organizzazione del rapporto con altri professionisti	Es.: partecipazione alle UVMD e compilazione SVAMA			
	informazione, comunicazione, organizzazione del rapporto con l'utenza	Es.: carta dei servizi			
		Es.: definizione degli orari di studio medico, uso appropriato della risorsa Medico di Assistenza Primaria			
governo della domanda individuato da 1) azioni di appropriatezza delle cure attraverso il perseguimento di obiettivi di: - salute, - crescita professionale, - offerta/erogazione attività 2) processi di monitoraggio e di valutazione	Utilizzo appropriato dell'Ospedale				
	Utilizzo appropriato del farmaco				
	Utilizzo appropriato della specialistica				
	Contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti				
	Incentivazione della domiciliarità				

Requisiti organizzativi per il buon funzionamento del Patto Aziendale:

- attivazione dell'UCAD;
- attivazione, all'interno dell'UCAD, della commissione per l'appropriatezza delle cure;
- attivazione di percorsi di formazione continuativa ed integrata nell'ambito del SOF.

d) Indirizzi per il sistema informativo

- d.1) Adeguamento del sistema informativo: si evince l'opportunità che qualsiasi informazione debba essere rilevata facendo riferimento al totale delle prestazioni erogate all'assistito (criterio della rilevazione sul "consumato") e di computare altresì i costi rilevati al medico affinché questi possa svolgere le azioni di verifica, valutazione di appropriatezza e di consulenza al Distretto.
- d.2) Definizione flussi informativi: per assolvere alle funzioni di verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel Patto, devono essere messi a punto flussi informativi adeguati al computo degli indicatori previsti nel Contratto.
- d.3) Definizione e redazione della reportistica: va incentivata un'organizzazione della reportistica per singolo medico e/o per forma associativa, prevedendo una cadenza di consegna al medico almeno semestrale, con un ritardo "elaborativo" non superiore ai quattro mesi al fine di consentire la verifica degli andamenti in itinere.

e) Valutazione dei Patti

- e.1) Presupposti per l'incentivazione: il riconoscimento dell'incentivazione – quote A), B) e C) – deve avvenire sulla base dei risultati effettivamente raggiunti.
- e.2) Valutazione dei Patti: il Patto dovrà esplicitare le modalità di valutazione e di verifica del raggiungimento degli obiettivi. La verifica viene compiuta sui singoli Medici di Assistenza Primaria e/o sulle forme associative.

Forme associative

Lo sviluppo nel Veneto delle forme associative per la Medicina di Assistenza Primaria è riconducibile, fondamentalmente, a due atti di programmazione: l'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 28 agosto 1997 e l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 31 dicembre 2001.

L'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 1997 prevedeva la costituzione di team di medici. Lo scopo di tale assetto organizzativo era quello di riunire i medici partecipanti in gruppi (generalmente con un numero di componenti variabile da 4 a 12) senza che vi fosse una condivisione di spazi ambulatoriali o di lavoro istituzionale. Era una sorta di rete territoriale di singoli professionisti che continuavano a lavorare individualmente con la consapevolezza di far parte di un gruppo. Non si trattava cioè di un legame strutturale ma funzionale.

Con l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 2001 sono state definite, sulla scorta delle esperienze avviate con i Team, le seguenti forme associative: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo e forme associative miste.

Nel 2004 l'appartenenza a forme associative ha riguardato 2.605 Medici di Assistenza Primaria su 3.544 ovvero il 74% circa, così ripartiti: n. 1.922 in Associazione, n. 84 in Rete, n. 599 in Gruppo. Tali forme associative costituiscono la rete territoriale per l'Assistenza Primaria della Medicina Convenzionata, punto di forza della programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

Questo importante risultato esprime l'ampia diffusione, ma anche il consolidamento, delle forme associative nella realtà regionale e pone le premesse per l'implementazione di forme associative più evolute, quali le équipes territoriali ex art. 26 dell'A.C.N., ovvero di più elevata complessità, quali le UTAP, che sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria. Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie, inteso come modalità di lavoro condiviso con i medici, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

Riferimenti normativi

L'associazionismo fra Medici di Assistenza Primaria, introdotto dall'art. n. 40 dell'ACN di cui al D.P.R. n. 270/2000, viene ripreso ed approfondito nell'art. 54 dell'ACN reso esecutivo in data 23/03/2005. La lettura delle fonti richiamate, le modalità di attuazione degli istituti di cui trattasi definite dalla Regione Veneto e l'esigenza di coniugare quanto prescritto con un modello organizzativo funzionale al miglioramento dei servizi all'utente portano alla enucleazione dei seguenti indirizzi.

Entità e modalità di gestione del Fondo ex art. 46

In proposito, si richiama quanto disposto con la D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005.

Riconoscimento delle diverse tipologie di forma associativa

Conformemente alla D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005, è necessario programmare annualmente i tetti di spesa delle quote variabili ex fondo art. 46, introducendo standard di qualità aggiuntivi rispetto a quelli dell'A.C.N.. Da questo presupposto deriva l'inserimento, nel presente Accordo regionale, delle seguenti disposizioni obbligatorie:

A) Presupposti-base per la costituzione di qualsiasi tipologia di forma associativa

Riprendendo i contenuti dell'A.C.N., vengono a seguito enucleati i presupposti-base per la costituzione in una qualsiasi forma associativa, che dovrà realizzarsi in forma libera, volontaria e paritaria. I medici facenti parte devono:

- A1) operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta o limitrofo entro la stessa Azienda;
- A2) aderire ad una sola delle forme associative;
- A3) non svolgere attività libero professionale strutturata per un orario superiore alle 5 ore settimanali;
- A4) stipulare un accordo scritto di costituzione della forma associativa, da depositare presso l'Azienda ULSS e l'Ordine dei Medici, nel quale risultino le modalità organizzative della forma associativa, da comunicare ai cittadini iscritti.

a) Requisiti trasversali – Attività richieste e comuni a tutte le tipologie di forma associativa

Con riferimento ai contenuti introdotti nel comma 4 dell'art. 40 dell'ACN di cui al D.P.R. n. 270/2000 e l'art. 5, Capo III dell'Accordo regionale di cui alla D.G.R. n. 3889/2001, e prendendo a riferimento quanto disciplinato nell'art. 54 dell'A.C.N., vengono di seguito elencate le attività, comuni a tutte le tipologie di forma associativa e richieste ai medici che vi aderiscono:

- a1) l'impegno a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- a2) l'obbligo di garantire ai cittadini, con regole e limiti, la conoscenza della accessibilità, a ciascun medico dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, da consegnare a tutti gli assistiti secondo un modello negoziato con l'Azienda ULSS;
- a3) la comunicazione degli orari di studio di tutti i medici della forma associativa all'Azienda ULSS ed esposti in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitati nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'Azienda ULSS;

- a4) l'erogazione dell'attività ambulatoriale di ciascun medico per 5 gg. la settimana. La riduzione a 4 gg. la settimana per impegni previsti dall'ACN (consulti con gli specialisti, accessi ai luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione ad incontri o convegni, attività di ricerca) deve rientrare in una precisa programmazione, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali;
- a5) il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati (qualora il numero degli associati sia superiore a tre), per garantire complessivamente una disponibilità all'accesso di almeno 7 ore giornaliere, stabilendo un congruo numero di ore di apertura, distribuito equamente nel mattino e nel pomeriggio. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici associati si intendono fissate, per la mattina, dalle 8.00 alle 13.00 e, per il pomeriggio, dalle ore 13.00 alle 19.00, con un minimo di due ore per fascia;
- a6) la congruità della attività ambulatoriale di ciascun medico prevede l'apertura settimanale dello studio individuale per almeno un'ora ogni cento assistiti, su cinque giorni settimanali; detto orario si intende cumulativo laddove siano presenti più studi medici;
- a7) qualora un solo medico garantisca, in una particolare giornata, l'apertura pomeridiana, è dovere e responsabilità dei medici della forma associativa garantirne sempre e comunque la sostituzione, per un minimo di 2 ore;
- a8) l'impegno a garantire l'apertura di almeno uno degli studi nelle giornate prefestive al mattino per almeno due ore;
- a9) nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione, entro le ore 10.00, delle richieste di visite domiciliari anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
- a10) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza Domiciliare, in modo da garantire, nei periodi di assenza di uno o più medici, la continuità di tale forma assistenziale nella periodicità degli accessi programmati;
- a11) l'impegno ad assicurare il coordinamento della attività di Assistenza Domiciliare Integrata, in modo tale da garantire, con le stesse modalità, la continuità di tale forma assistenziale nei periodi di assenza di uno o più medici della forma associativa;
- a12) l'impegno a garantire, attraverso accordi aziendali, la continuità assistenziale diurna nei casi ad elevata intensità di tutela sanitaria che riguardano pazienti multiproblematici, non autosufficienti nelle attività quotidiane, malati in condizione di criticità presi in carico conformemente alle presenti disposizioni;
- a13) dovranno essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- a14) l'impegno a gestire la documentazione socio-sanitaria attraverso un processo di evoluzione verso l'informatizzazione, che preveda anche lo scambio informativo e di dati con l'Azienda. Nello specifico i medici costituiti in medicina di gruppo dovranno garantire la gestione della scheda sanitaria con un unico ambiente informatico e conformemente alle specifiche standard definite dall'amministrazione regionale e/o aziendale, secondo le intese definite con le OO.SS.;
- a15) l'impegno a partecipare alla stesura di due percorsi diagnostico assistenziali riguardanti le patologie a più alta prevalenza, con le modalità definite negli accordi aziendali (a tale proposito si rinvia a quanto previsto dal CAPO I art. 3 dell'ACR di cui alla D.G.R. 3889/2001, integrato in alcuni punti come da testo riportato in appendice – allegato n.1);
- a16) per i medici della forma associativa di medicina di gruppo con oltre i 3600 assistiti complessivi è prevista la presenza obbligatoria del collaboratore di studio e/o dell'infermiere professionale, compatibilmente con le risorse previste dal fondo ex art. 46. Le modalità di gestione di suddette figure avverrà in base ad un accordo interno al gruppo stesso.

Sono consentite forme associative miste, contenenti più tipologie associative e correlate indennità, proposte dai medici interessati e definite ed autorizzate dall'Azienda, previo parere del Comitato aziendale, entro i tetti di spesa di cui alla D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005.

Requisiti per le forme associative miste:

1. i medici che aderiscono ad una forma associativa mista si associano, all'interno di essa, secondo i requisiti previsti dalle varie forme associative nell'ACN, concorrendo al numero minimo di partecipanti l'associazione nel loro insieme e senza superare il numero massimo previsto;
2. qualora ricorrano condizioni territoriali particolari, la medicina di gruppo facente parte della forma mista, in deroga all'art 54 comma 4, lett. e) dell'ACN, può essere costituita da due soli Medici di Assistenza Primaria, purché la sede unica abbia tutte le caratteristiche previste dal presente accordo e i profili orari complessivi siano comunque assicurati anche in assenza di uno qualsiasi degli associati;
3. i medici operano ciascuno secondo i requisiti previsti nell'A.C.N per la forma associativa alla quale dichiarano di aderire e debbono soddisfare i requisiti trasversali per le forme associative previsti dal presente Accordo.

Ciascuna tipologia di forma associativa è riconosciuta dal mese successivo alla presentazione della richiesta, se rispondente ai requisiti stabiliti e conformemente alla D.G.R. 2694 del 20/09/2005.

Aree di indirizzo da negoziare nell'ambito dei Patti Aziendali

Le caratterizzazioni seguenti assumono connotato di orientamento per la formulazione di obiettivi aziendali da inserire nei Patti, da negoziare con le OO.SS. della Medicina di Assistenza Primaria.

B) per tutte le forme associative

- B1) l'impegno affinché la verifica degli obiettivi raggiunti e la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa, con gli obiettivi della programmazione distrettuale, aziendale e regionale, debba sostanziarsi in almeno tre sedute di confronto tra pari per ciascuno dei due percorsi assistenziali che, ciascun anno, i medici della forma associativa scelgono, come riferimento del proprio gruppo, all'interno delle problematiche rilevanti per la Medicina Generale individuate con l'Azienda;
- B2) la costituzione di programmi ambulatoriali per patologia all'interno delle forme associative;
- B3) la definizione e l'attuazione, nel caso di forma associativa costituita da un numero di medici superiore a 3, di criteri per l'ampliamento dell'orario di copertura giornaliera, nell'ottica di "assicurare la massima copertura possibile nell'arco della giornata".

C) per la forma associativa di "Medicina in Rete" e "Medicina di Gruppo"

Oltre a quanto previsto al paragrafo B) si aggiungono:

- C1) l'impegno a gestire gli accessi agli studi attraverso un servizio unico di prenotazione;
- C2) l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda ULSS e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi secondo le modalità da concordare con l'Azienda.

Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le Équipe Territoriali e le UTAP

Come precedentemente espresso, la continuità dell'assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti. Le équipe e più ancora le UTAP, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell'assistenza. Esse vengono a

rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio (fuori dall'ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani", questo anche nell'ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo "allargato" delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria,
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

Le Aziende, mediante accordi con le OO.SS., definiscono le modalità di attuazione delle forme associative complesse sulla scorta delle seguenti linee guida. In tale contesto individuano anche il sistema incentivante più appropriato al proprio modello organizzativo.

Le risorse da destinare alle forme associative complesse non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46.

Requisiti specifici per la forma organizzativa Équipe territoriale

L'équipe territoriale è disciplinata espressamente dall'art. 26 dell'A.C.N.; per il completamento della disciplina di cui all'art. 26 dell'A.C.N. si rinvia agli Accordi aziendali da sottoscrivere con le OO.SS..

Riferimenti normativi per la forma organizzativa UTAP

Relativamente alla sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si prendono come basi di riferimento:

- l'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP;
- la D.G.R. n. 2053 del 02/07/2004 "Progetto per l'attivazione di équipes territoriali delle Cure primarie (UTAP) nell'Azienda sanitaria n. 4.", a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti.

Requisiti specifici per la forma organizzativa UTAP

- 1) le UTAP possono essere, indicativamente, da 4 a 8 ogni 100.000 abitanti;
- 2) ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di Libera Scelta, un numero di Specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di Medici di Continuità Assistenziale idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste;
- 3) la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei Medici di Assistenza Primaria, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento ("piccole urgenze") e di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista;
- 4) le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- 5) in tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell'utente e dovranno essere definite funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate

- impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- 6) l'insieme dei medici che operano nell'UTAP individuano un referente;
 - 7) i medici dell'UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio;
 - 8) il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi dell'UTAP;
 - 9) l'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare;
 - 10) l'UTAP orienta l'attività di Assistenza Primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni;
 - 11) le attrezzature comprendono, oltre alle attrezzature di carattere sanitario adeguate per l'attività da svolgere, anche mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle Aziende ULSS di riferimento per consentire:
 - la messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda ULSS anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - il collegamento al CUP ove presente;
 - la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
 - la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;
 - 12) l'UTAP dialoga con il Distretto socio-sanitario di riferimento, con l'Ospedale, con gli altri poli della rete integrata, nonché con la direzione dell'Azienda ULSS;
 - 13) pur essendo la sede dell'UTAP unica è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica (es. aree montane ed a bassa densità di popolazione). Nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno pertanto da valutare la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione (presenza di ultra sessantacinquenni, disabili o soggetti vulnerabili). In caso di presenza capillare di studi periferici l'orario di apertura della sede centrale potrà essere strutturato in modo da tenere conto del vincolo degli studi periferici. Spetta comunque all'Azienda, al Comitato dei Sindaci del Distretto e ai componenti dell'UTAP la formulazione di accordi in merito all'eventuale mantenimento e/o chiusura degli studi periferici;
 - 14) l'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
 - a) *UTAP integrata*: modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda ULSS metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e operatori delle équipes distrettuali; con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni (assistenti sociali ed équipes assistenziale). In questo caso, previa sperimentazione, il rapporto fra UTAP e Azienda/Distretto deve essere gestito tramite la stipula di specifico "contratto" pluriennale con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;
 - b) *UTAP aggregata*: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'Azienda ULSS; nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi. Il rapporto con l'Azienda/Distretto socio-sanitario, previa sperimentazione, deve essere gestito in modo "formale" e "sostanziale" secondo uno specifico "contratto" con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;

- 15) per assicurare una corretta relazione fra soggetti giuridicamente riconosciuti si rende necessario che venga definita la forma societaria che intende assumere l'UTAP e si realizzi la conseguente designazione di un rappresentante legale della stessa;
- 16) stante il vincolo delle risorse previste per la gestione dell'Assistenza Primaria, le risorse utilizzate per l'UTAP devono derivare da processi di razionalizzazione del sistema e non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46;
- 17) l'UTAP deve prevedere l'accesso allo studio tramite un efficiente sistema di prenotazione. Tale servizio deve funzionare come minimo per 12 ore giornaliere (8.00-20.00) e di sabato mattina (8.00-12.00), deve garantire la risposta alla chiamata entro le 12 ore ed essere valutabile attraverso specifici standard di attività (es. tempo medio di attesa per una visita e/o tempo che intercorre tra l'orario di prenotazione e di effettivo ingresso nello studio);
- 18) la programmazione degli accessi allo studio, la richiesta delle visite domiciliari, la reiterazione di ricette, le richieste di contatto telefonico programmato, le richieste di consulto diretto con il medico, proposti attraverso un servizio di segreteria/call center, devono essere finalizzati a garantire:
 - l'accesso programmato allo studio del proprio medico con un tempo di attesa per la visita in studio stabilito come standard di servizio dalla relativa "carta dei servizi", una sicura contattabilità per il ritiro delle ricette reiterate ed un sicuro contatto telefonico programmato. Inoltre deve essere in grado di dare certezza della effettuazione della eventuale visita domiciliare;
 - la possibilità per l'assistito di un accesso allo studio di altro medico in caso di bisogno;
- 19) l'utilizzo di un software unico o di strumenti di cooperazione applicativa in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione dell'assistito e di prevedere le modalità operative di integrazione informativa tra Azienda ULSS, medici dell'UTAP e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con soggetti esterni alla rete aziendale (es. Comuni, Case di riposo, ecc.);
- 20) lo sviluppo di un progetto integrato di raccolta del consenso e di gestione del trattamento dei dati in conformità alle prescrizioni del Codice Privacy, in particolare nella prospettiva di attivare flussi informativi su refertazioni direttamente dallo studio del medico;
- 21) l'impegno ad erogare le prestazioni di primo livello, individuate in accordo con l'Azienda ULSS, su alcune specialità direttamente gestite dai Medici di Medicina Generale componenti l'UTAP e in possesso della relativa competenza vocazionale e/o specialità. L'accordo deve prevedere le forme di integrazione con le specialità dell'Ospedale e le forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'effettiva appropriatezza delle prestazioni;
- 22) è ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità, con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

Spetta alle Aziende e alle OO.SS. applicare i suesposti criteri secondo le specificità locali. Inoltre, nella fase sperimentale dell'attivazione dell'UTAP, l'Azienda, d'intesa con le OO.SS., potrà individuare diverse modalità di definizione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

In sede di accordo con l'Azienda ULSS vengono individuati indicatori di qualità per l'UTAP.

In relazione alle indicazioni tecniche, che saranno fornite da un apposito gruppo di lavoro, sulla possibilità di attuare UTAP nel Veneto, questa Amministrazione si riserva di impartire indirizzi per la realizzazione delle stesse UTAP nelle Aziende sanitarie della Regione. Lo stesso gruppo funzionerà da "tavolo di monitoraggio" dell'evoluzione del sistema.

Assistenza Domiciliare Programmata ed Integrata

Con la D.G.R. n. 5273/1998 “Linee guida sull’attivazione delle varie forme di ADI con particolare riferimento all’ADI ex allegato “H” del D.P.R. n. 484/1996 e art. 32, punto 2, lettera a), del D.P.R. n. 613/1996: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale.” la Giunta regionale ha adottato un provvedimento di riordino generale in materia di assistenza domiciliare.

Il provvedimento sopra citato ha individuato diverse forme di assistenza erogabile a domicilio nelle quali risulta essere fondante l’elemento “integrazione” che può realizzarsi attraverso due modalità:

- multidisciplinare tra sanitario e sociale;
- multiprofessionale tra professionalità sanitarie diverse.

Ciascuna forma di assistenza domiciliare ove possa realizzarsi l’integrazione nell’accezione di cui sopra, è stata classificata in profili, ovvero:

1. *ADI profilo A* – Assistenza domiciliare riabilitativa eventualmente integrata con intervento sociale;
2. *ADI profilo B* – Assistenza domiciliare infermieristica eventualmente integrata con intervento sociale;
3. *ADI profilo C* – Assistenza programmata eventualmente integrata con intervento sociale;
4. *ADI profilo D* – Assistenza domiciliare integrata ex D.P.R. n. 484/1996 e D.P.R. n. 613/1996 e ex D.G.R. n. 2996/1997 – ADIMED;
5. *ADI profilo E* o *ADHR* – Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare.

In particolare per “assistenza domiciliare integrata” deve intendersi l’effettuazione al domicilio del paziente di prestazioni sanitarie e prestazioni socio-assistenziali, coordinate tra loro in un programma personalizzato di assistenza. L’assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al paziente le prestazioni sanitarie:

- di Medicina Generale,
- di Medicina Specialistica, erogata anche dai Medici di Medicina Generale con competenze specialistiche e/o vocazionali,
- infermieristiche, di riabilitazione e assistenziali.

Le prestazioni sanitarie (effettuate da medici dipendenti, convenzionati ed altri operatori sanitari) sono quelle previste dalla normativa di settore, dai contratti di lavoro, dalle convenzioni e dai nomenclatori tariffari.

Le altre prestazioni di natura socio assistenziale sono assicurate dalle amministrazioni comunali in modo diretto o tramite altre modalità di erogazione (convenzionato), tenuto conto del Piano di Zona e del Programma delle Attività Distrettuali.

Assistenza Domiciliare Integrata (artt. 32 e 39 e Allegato “H” del D.P.R. n. 270/2000 – ADI profilo D - ADIMED ex D.G.R. n. 5273/1998).

1) Definizione

L’assistenza domiciliare integrata è uno strumento operativo per il mantenimento a domicilio di quelle situazioni a rischio che portano al ricovero ed alla diminuzione della qualità di vita della persona anziana o disabile.

2) Principi organizzativi

L’ADIMED è inclusa nel livello di assistenza sanitaria di base e viene erogata dal distretto socio sanitario dell’U.L.S.S..

L'ADIMED è alternativa e sostitutiva rispetto all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ordinario o equivalente all'assistenza sanitaria prestata in ambito residenziale a carico del S.S.S.R. ai sensi della DGR n. 751/2000.

L'ADIMED sottende la presa in carico globale e continuativa da parte del distretto (soggetto erogatore), dei bisogni della persona e della famiglia, con l'effettiva attivazione di soggetti appartenenti alla rete dei servizi, in grado di soddisfarli. Ne deriva che le prestazioni sanitarie di tipo specialistico, diagnostico, terapeutico saranno garantite dal distretto direttamente al domicilio del paziente o attraverso l'attivazione di corsie preferenziali presso le strutture dell'U.L.S.S.

L'ADIMED può essere attivata solamente quando l'abitazione dell'assistito possiede i requisiti minimi igienici e strutturali compatibili con l'assistenza a domicilio e solamente quando i familiari si impegnino a garantire l'assistenza necessaria per la parte della giornata non coperta dalla rete assistenziale formale ed informale.

3) Destinatari

Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale ed il Medico di Assistenza Primaria in relazione alla situazione socio ambientale e al quadro clinico, possono essere eleggibili per l'ADIMED i soggetti che versano nelle seguenti forme morbose o disabilitanti:

- patologie e pluripatologie cronico degenerative che determinano limitazione dell'autonomia;
- patologie acute temporaneamente invalidanti;
- pazienti in dimissione protetta, secondo relazione clinica, da reparti ospedalieri;
- patologie che richiedono per la sopravvivenza la nutrizione artificiale;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- malati di AIDS e patologie correlate in fase avanzata.

4) Procedure di attivazione dell'ADIMED

L'ingresso del paziente in ADIMED, quale tipologia di intervento sanitario/assistenziale, parte integrante della rete dei servizi di cui ogni singola U.L.S.S. si deve dotare, ai fini di costituire una efficace e corretta tutela nei confronti dei soggetti sopra elencati, deve essere connotato dalle seguenti caratteristiche:

- semplicità delle procedure;
- celerità, continuità e trasparenza delle cure;
- fornitura tempestiva dei supporti necessari all'assistenza (farmaci, ausili, presidi, attrezzature, ecc.).

Il servizio di ADIMED viene iniziato, a seguito di segnalazione al Direttore di distretto competente, da parte dei seguenti soggetti:

- Medico di Assistenza Primaria;
- servizi sociali;
- familiari del paziente;
- responsabile del reparto ospedaliero in previsione di dimissione protetta;
- Specialista Ambulatoriale Interno.

Ciò premesso l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata deve avvenire attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), la quale ordinariamente attiva e definisce il singolo programma di intervento assistenziale da prestare a domicilio del paziente.

Composizione dell'U.V.M.D.

L'U.V.M.D. deve essere composta almeno dal Direttore di distretto o un suo delegato competente per l'assistenza domiciliare, un infermiere, un assistente sociale e dal Medico di Assistenza Primaria, che assiste il paziente.

Il Medico di Assistenza Primaria partecipa alla prima valutazione dell'U.V.M.D. e alle successive riunioni adeguatamente motivate che interessano il proprio assistito, per il quale dovrà rappresentare, utilizzando la modulistica in uso, la relativa condizione sanitaria.

Compiti dell'U.V.M.D.

- Valutare in modo interdisciplinare il paziente in ospedale, in caso di dimissioni protette, e/o a domicilio del paziente;
- pianificare e condurre in modo unitario i servizi e le prestazioni ritenute necessari, con particolare riferimento alle cure sanitarie domiciliari. Detta unità deve potersi avvalere di consulenze di secondo livello.

5) Compiti del Medico di Assistenza Primaria in ordine alla richiesta e all'esercizio dell'assistenza domiciliare integrata

a) Modalità istruttorie

- Il Medico di Assistenza Primaria, che ha in cura l'assistito, prende contatto con il Direttore di distretto o un suo delegato, presentando la richiesta di attivare l'ADIMED per il suo assistito. Alla domanda (scritta), trasmessa anche via fax o per via informatica, il Medico di Assistenza Primaria deve allegare la valutazione sanitaria sul proprio assistito compilando, per la parte di propria competenza, la modulistica in uso, nonché, se l'urgenza clinica lo comporta, provvedere a richiedere l'attivazione immediata degli interventi/prestazioni a domicilio del paziente, anche prima della definizione del piano operativo personalizzato da parte dell'U.V.M.D..
- Il Direttore di distretto, protocollata la richiesta, si attiva per gli accertamenti obiettivi di sua competenza da prestare al domicilio del paziente, richiedendo ove necessario, un sopralluogo dell'assistente sociale del Comune, che ha il compito, nell'ambito delle sue generali funzioni, di accertare la disponibilità dei familiari a collaborare nell'espletamento dell'attività di ADIMED o alternativamente a ricercare altre forme di intervento assistenziale (es. volontariato, vicini, ecc.).

Infine il Direttore di Distretto, o suo delegato, organizza l'attività dell'U.V.M.D.

- L'U.V.M.D. valuta l'applicabilità dell'ADIMED al caso segnalato, formulando il programma individualizzato di assistenza socio-sanitaria avendo acquisito il consenso informato dell'assistito o dei suoi familiari ed avendo individuato un familiare di riferimento (in caso negativo propone misure alternative).
Il programma dovrà contenere l'indicazione del responsabile gestionale del caso, che garantisce la realizzazione coordinata degli interventi indicati dal programma di interventi e del responsabile clinico che è il Medico di Assistenza Primaria, il quale conserva la responsabilità unica e complessiva del paziente.
- Qualora il programma individualizzato di assistenza socio-sanitaria necessiti di variazioni relativamente al numero degli accessi o ad altre modalità di intervento assistenziale, lo stesso dovrà essere sottoposto a rivalutazione dell'U.V.M.D.

Il programma di ADIMED assoggettabile a verifiche periodiche deve avere un inizio ed una conclusione con idonea valutazione da parte dell'U.V.M.D.

b) Responsabilità del Medico di Assistenza Primaria

Il Medico di Assistenza Primaria esplica nei confronti dell'assistito a domicilio i compiti di cura, prevenzione e riabilitazione ed effettua le prestazioni previste nella convenzione, nonché ogni altra prestazione di propria competenza. Assume anche compiti di coordinamento funzionale (sanitario) del personale infermieristico, tecnico e di assistenza nell'ambito e nel rispetto del programma

tecnico riabilitativo elaborato dall'U.V.M.D.; ciò richiede la piena integrazione fra medici, personale non medico e l'organizzazione dei servizi assistenziali del distretto.

Il Medico di Assistenza Primaria garantisce adeguata informazione ai Medici di Continuità Assistenziale per eventuali necessità che dovessero insorgere per i propri assistiti in regime di ADI.

c) Trattamento economico

La partecipazione alla prima riunione della U.V.M.D. accompagnata dalla valutazione sanitaria attraverso la compilazione della modulistica in uso (SVAMA), viene retribuita con il compenso di € 25,82, salvo altre modalità di presa in carico definite a livello aziendale.

Per la partecipazione alle eventuali successive riunioni della U.V.M.D., viene parimenti corrisposto il compenso di € 25,82.

L'attività del Medico di Assistenza Primaria nell'ambito del programma di assistenza domiciliare integrata è retribuita con la somma di € 25,82 ad accesso.

Per le prestazioni (assistenziali aggiuntive erogate a domicilio) si fa riferimento all'allegato "D" dell'A.C.N. La corresponsione del trattamento economico è subordinata all'effettività degli accessi programmati.

In caso di aggravamento o miglioramento delle condizioni del paziente, il numero degli accessi può variare. In questo caso il Medico di Assistenza Primaria deve tempestivamente comunicare la variazione degli accessi la quale dovrà essere successivamente ratificata entro 24/48 ore dal Direttore di distretto.

Qualora il medico non esegua tutti gli accessi programmati, il trattamento economico sarà ridotto al numero degli accessi effettuati, salvo i provvedimenti che potranno essere adottati per la sospensione o la risoluzione dell'assistenza.

Sarà valutata, in accordo con l'Azienda, qualsiasi ulteriore prestazione e/o servizio svolto dai Medici di Assistenza Primaria in forma singola o associata per il miglioramento dell'assistenza.

d) Modalità di pagamento

Al fine della corresponsione del trattamento economico, il Medico di Assistenza Primaria inoltra al Distretto, entro il decimo giorno del mese successivo all'effettuazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, la richiesta di liquidazione contenente, in analitico, il cognome e il nome degli assistiti con il relativo codice individuale e la data di ogni singolo accesso effettuato. Il numero degli accessi riportati dal medico sulla nota mensile dovrà trovare riscontro negli accessi registrati sul diario clinico tenuto presso il domicilio del paziente.

Il Distretto, riscontrato il numero degli accessi per i quali si chiede la liquidazione con quello riportato nei singoli protocolli di assistenza domiciliare integrata e verificato l'importo liquidabile, inoltra la documentazione al competente servizio dell'Azienda ULSS per il pagamento. Il pagamento viene eseguito entro il secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni.

La corresponsione del trattamento economico per tutte le forme di assistenza domiciliare è subordinata all'effettività degli accessi programmati e dovrà essere documentata attraverso:

- la tenuta del diario clinico;
- la rendicontazione periodica, come da accordi con l'Azienda ULSS, degli accessi ai fini della liquidazione delle spettanze.

Le parti concordano che entro sei mesi dall'approvazione del presente accordo venga elaborato, da apposito gruppo di lavoro, un prototipo e una linea guida per la tenuta della documentazione sanitaria e sociale per la gestione del paziente in assistenza domiciliare e residenziale del territorio e per la relativa conservazione.

Con riferimento all'art. 59 dell'ACN e al relativo allegato G, corrispondente all'ADI profilo C, i compensi corrisposti al medico non possono superare il 20% dei compensi mensili, fatti salvi diversi accordi aziendali.

6) Responsabilità e ruolo delle ULSS/DISTRETTO

Al fine di garantire che l'ADIMED costituisca una reale alternativa al ricovero ospedaliero, le aziende sanitarie garantiscono i seguenti standard:

- l'erogazione dell'ADIMED per 365 giorni, 24 ore su 24. Ciò comporta che le Aziende definiscano degli accordi di programma con i Comuni al fine di concordare i criteri e le modalità di gestione dei casi che vedano la contemporanea presenza di bisogni sanitari e socio-assistenziali. Analogamente all'interno dell'Azienda dovranno essere adottati dei protocolli che coinvolgano il distretto e l'ospedale, nei quali si definisca in modo chiaro ed esplicito le modalità di passaggio dal trattamento ospedaliero all'ADIMED, nonché la possibilità per i pazienti trattati in ADIMED, di essere accolti attraverso corsie preferenziali in servizi dell'ospedale;
- la presenza e la continuità infermieristica e tecnico riabilitativa attraverso l'utilizzo di operatori assegnati al territorio;
- la fornitura di farmaci, ausili e presidi agli aventi diritto;
- procedure specifiche per assicurare la presenza del medico nelle ore diurne, notturne e festive, utilizzando in via prioritaria Medici di Medicina Generale che partecipano all'ADIMED;
- la consulenza specialistica;
- un'efficace informazione ai cittadini sul progetto assistenziale.

Assistenza ai Malati Oncologici, o affetti da malattie inguaribili, nelle ultime fasi della vita

Una linea guida ampiamente condivisa e fatta propria dall'OMS prevede che il 70% dei malati di tumore, nelle ultime fasi della vita, potrebbero giovare di cure palliative prestate a domicilio e morire a casa propria. La percentuale di deceduti a domicilio nella Regione Veneto si aggira attorno al 20-30%; questo costituisce un rilevante problema di sanità pubblica ed una sfida per dare corso ad un cambiamento dei processi assistenziali dei malati di tumore nelle ultime fasi della vita.

L'obiettivo generale del progetto di miglioramento continuo del Servizio di assistenza domiciliare integrata nella Regione Veneto prevede il coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria, nella progettazione e realizzazione del sistema delle cure domiciliari. Nel dettaglio, gli obiettivi specifici perseguiti sono:

- la promozione in ogni Distretto dell'assunzione in ADI dei malati terminali;
- la formazione dei Medici di Assistenza Primaria e del personale di assistenza sui temi delle cure domiciliari, ovvero sia le cure palliative, la valutazione multidimensionale, l'approccio per obiettivi di salute, la pianificazione degli interventi, l'educazione del malato e della famiglia;
- la definizione con i Medici di Assistenza Primaria di linee guida per il trattamento a domicilio dei principali problemi di questi utenti, dalla terapia del dolore alla gestione corretta dei principali sintomi collaterali dei pazienti oncologici in fase terminale.

Nell'ambito di tale indirizzo, allo scopo di aumentare le opportunità di essere assistiti a domicilio per quei cittadini affetti da malattie inguaribili nelle ultime fasi della vita:

- a) si definisce LEA prioritario questo tipo di assistenza;
- b) si riconosce il notevole impegno richiesto ai Medici di Assistenza Primaria al fine di modificare processi assistenziali che si sono affermati negli ultimi decenni e che vedono nell'ospedale quasi l'unico livello di erogazione delle cure per i malati complessi.

Coerentemente con i criteri generali dell'Accordo Regionale si intende instaurare un sistema di retribuzione per progetti finalizzati al raggiungimento di obiettivi di tutela del malato e della famiglia piuttosto che un sistema di pagamento a prestazione.

Ciò premesso viene costituito un gruppo regionale di monitoraggio per la verifica dell'assistenza ai malati oncologici e ai pazienti fragili.

Definizione dei pazienti destinatari dell'intervento

Per pazienti "terminali" si concorda la seguente definizione:

pazienti con malattia neoplastica, o comunque inguaribile, nelle fasi terminali della vita (orientativamente con più di 8 giorni e meno di 90 giorni di aspettativa di vita), i quali, alla valutazione della UVMD, presentino le caratteristiche seguenti:

- un grado iniziale di disabilità (punteggio del test di Barthel – attività di base - uguale o superiore a 15 o, per i malati oncologici, ad un punteggio del test di Karnofsky uguale o inferiore a 40%);
- la presenza, inoltre, di almeno uno dei seguenti problemi: dolore, altri sintomi, ansia del paziente, ansia della famiglia, con un punteggio di 3 o più (scala da uno a cinque dello STAS);
- la necessità, già al momento della presa in carico, di uno o più accessi settimanali del Medico di Assistenza Primaria.

Responsabilità del Medico di Assistenza Primaria

Il Medico di Assistenza Primaria che aderisce al progetto di gestione dei malati terminali a domicilio, oltre ai normali compiti già previsti per la gestione dei casi di assistenza domiciliare, si impegna, in accordo con l'Azienda ULSS, a garantire:

- il ruolo di care e di case-manager;
- gli accessi domiciliari secondo i criteri previsti nel piano di assistenza e/o a sua valutazione secondo il bisogno del paziente e/o della famiglia;
- la cura della propria formazione sulle cure palliative e la partecipazione ad almeno una iniziativa di formazione ogni due anni su questi temi;
- l'applicazione delle linee guida, definite da gruppi collaborativi costituiti dalle Aziende ULSS con i Medici di Assistenza Primaria, fatte proprie dal Comitato aziendale, e relative all'assistenza dei pazienti di cui trattasi - la comunicazione con il malato grave e la sua famiglia, l'educazione del malato e della famiglia, il controllo del dolore oncologico, ecc.;
- per quanto di propria competenza, l'alimentazione corretta del sistema informativo, la compilazione degli strumenti valutativi in uso, la definizione e ridefinizione dinamica del piano assistenziale, le verifiche periodiche del raggiungimento degli obiettivi assistenziali relativi al paziente ed alla famiglia, la corretta gestione delle terapie concordate e degli accertamenti (anche in funzione della difficoltà di eventuale trasporto del paziente) e la collaborazione con l'équipe distrettuale per la valutazione sugli esiti dell'assistenza (ricovero in ospedale, miglioramento, mantenimento, decesso);
- la disponibilità di un orario di contattabilità fissa giornaliera per le comunicazioni con l'équipe di cure domiciliari, ordinariamente individuata al di fuori dell'orario dello studio e del normale orario di ricevimento delle richieste di visita domiciliare.

Tale progetto presuppone che la singola Azienda ULSS garantisca il supporto ai Medici di Assistenza Primaria in termini di:

- offerta di corsi di formazione,
- miglioramento e potenziamento del servizio infermieristico domiciliare,
- aumento della disponibilità e tempestività di accesso a domicilio di alcuni specialisti,
- miglioramento dell'efficienza e della tempestività nella fornitura a domicilio delle protesi e degli ausili necessari.

Trattamento economico

Ai medici che prenderanno in carico, con un progetto condiviso con l'UVMD, i pazienti oncologici o comunque inguaribili, nelle ultime fasi della vita, e che assicureranno, oltre agli accessi ed alle

attività già previste dall'A.C.N. e dal presente Accordo Regionale viene erogato, per la presa in carico del paziente oncologico, un compenso forfetario mensile di € 774,69 (o rapportato ai giorni di presa in carico per periodi inferiori). Tale forma di compenso forfetario è prevista solo per i primi due mesi di presa in carico.

Dimissioni Protette per “pazienti fragili”

La realizzazione degli obiettivi generali dell'Accordo Regionale (nella fattispecie: *gestione integrata dei pazienti e continuità dell'assistenza*) registra una significativa difficoltà nel momento del ricovero in ospedale e, soprattutto, nella fase di dimissione del paziente “fragile” per il quale diventa inderogabile attivare un efficace “coordinamento” della rete per la presa in carico a domicilio.

Definizione dei pazienti destinatari dell'intervento

Per quanto concerne l'individuazione delle situazioni di eleggibilità per Dimissione Protetta, dal punto di vista generale si fa riferimento a situazioni riconducibili alla *fragilità* che prevedano, al domicilio, almeno uno dei seguenti elementi assistenziali:

- monitoraggio medico e/o infermieristico di elevata intensità;
- elevato livello di integrazione interprofessionale;
- complessità tecnica procedure assistenziali;
- rilevanti interventi di educazione terapeutica nella costruzione del setting assistenziale domiciliare.

La casistica può essere ricondotta a due tipologie:

1. paziente stabilizzato ma in compenso labile (che necessita di monitoraggio clinico stretto nei giorni successivi la dimissione);
2. pazienti fragili quali:
 - paziente con dipendenza completa nelle ADL 4 – 5 – 6,
 - paziente con lesioni da decubito,
 - paziente con catetere vescicale posizionato durante la degenza,
 - paziente in nutrizione artificiale,
 - paziente con terapia infusione in corso,
 - paziente anziano con frattura trattata chirurgicamente e significativa comorbidità associata,
 - paziente ricoverato per ictus cerebrale con deficit funzionale secondario,
 - paziente con significativi bisogni riabilitativi, eseguibili a domicilio,
 - paziente con cardiopatia stabilizzata in compenso labile,
 - paziente con diabete stabilizzato in compenso labile,
 - paziente con patologia respiratoria stabilizzata in compenso labile,
 - paziente ricoverato per scompenso ascitico e/o encefalopatia epatica,
 - paziente con neoplasia in fase terminale o neoplasia avanzata con sintomatologia significativa,
 - paziente con stomia o drenaggio chirurgico confezionato durante il ricovero,
 - pazienti che, rientrando nella categoria della fragilità, necessitano di presidi, farmaci, prodotti dietetici, erogabili direttamente dall'ULSS,
 - paziente affetto da demenza con gravi disturbi del comportamento e comorbidità associata,
 - altro con bisogni assistenziali riassunti nella definizione generale.

Obiettivi e struttura del percorso

Gli *obiettivi* che si intendono perseguire con la messa a punto di un percorso di dimissioni protette sono:

- migliorare la presa in carico dell'assistito, in particolare di quello "fragile" caratterizzato da una condizione di elevato rischio di instabilità clinica;
- assicurare la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio – nello specifico con le cure primarie;
- qualificare il processo di affidamento dei pazienti fragili attraverso nuovi standard e modalità assistenziali evolute (inter-intradisciplinari) e particolarmente appropriate a questa tipologia di assistiti;
- ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti o inappropriati, dovuti al ridotto equilibrio clinico del paziente nel periodo immediatamente successivo alla dimissione;
- favorire il mantenimento della persona malata nel proprio ambiente di vita, cercando di ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione;
- valorizzare i fattori favorevoli la guarigione e provenienti dall'ambito familiare, qualora adeguatamente supportato per gli aspetti clinico assistenziali-riabilitativi dall'ADI.

Premesso che:

- le Aziende ULSS sono chiamate ad elaborare uno specifico accordo in materia di Dimissioni Protette con la Medicina di Assistenza Primaria,
- costituisce compito del Medico prendersi "cura" del proprio paziente durante il ricovero in ospedale e nella fase di dimissione, qualora il post ricovero non sia definito in accordo con il Distretto in struttura protetta,
- il Direttore di Distretto, nell'ambito delle valutazioni delle destinazioni delle risorse, è tenuto a finalizzarle per l'assistenza a domicilio privilegiando i pazienti a maggiore complessità,
- è competenza delle Aziende mettere a disposizione il personale infermieristico e l'organizzazione di supporto (es. trasporti, materiale, ecc.) necessari, in base alle valutazioni effettuate in sede di U.V.M.D., per garantire una buona qualità assistenziale,
- per una adeguata protezione dei pazienti "fragili", le Aziende sono tenute ad individuare strutture ospedaliere di riferimento per la gestione di percorsi per "ammissioni protette" dei pazienti fragili in ospedale. I percorsi dovranno essere attivati dal territorio tramite contatto diretto tra Medico di Assistenza Primaria e Medico Ospedaliero, conformemente al piano assistenziale concordato con il Medico di Assistenza Primaria del paziente "fragile", al fine di garantire la continuità delle cure ospedale-territorio e la collaborazione interprofessionale tra medici ospedalieri e medici del territorio,
- la presa in carico del paziente fragile in dimissione protetta possa avvenire anche tramite la forma associativa,

il percorso prevede di norma la seguente strutturazione:

a) *segnalazione e operatività connessa:*

- individuazione "precoce" da parte del Reparto, durante il ricovero in ospedale, del paziente "eleggibile" ovvero che necessita di una prosecuzione di cure a domicilio;
- segnalazione della Dimissione, con congruo anticipo (3-4 giorni), da parte del Reparto al Medico di Assistenza Primaria e/o al Distretto di riferimento, previa definizione e predisposizione dell'opportuna documentazione per la progettazione dell'accoglienza territoriale;
- progettazione e definizione della strategia di accoglienza a domicilio da parte del Distretto e del Medico di Assistenza Primaria, in stretta sinergia, dopo aver ricevuto la nota informativa ed individuato il profilo di autonomia del paziente, il bisogno sanitario e assistenziale e

l'entità del supporto richiesto da parte della rete. Nel caso si renda necessario un ulteriore approfondimento, non si esclude l'accesso diretto del Medico e/o del referente di Distretto all'Ospedale;

- verifica del consenso dell'interessato e della sua famiglia con illustrazione della futura strategia assistenziale;
- qualora ve ne sia l'esigenza, segnalazione del caso da parte del Distretto e/o del Comune che ha competenza sul processo di presa in carico del problema a valenza sociale, e pianificazione degli interventi (es. primo accesso a domicilio o valutazione in sede di Distretto);

b) *dimissione:*

- al momento della dimissione, l'Ospedale si impegna a consegnare al paziente, in modo completo ed esaustivo, la documentazione clinica necessaria al proseguimento delle cure (lettera di dimissione con segnalazione delle modalità di proseguimento del piano assistenziale);

c) *rientro a domicilio:*

- il giorno stesso della dimissione il Distretto e il Medico di Assistenza Primaria sono tenuti ad attivare il servizio domiciliare programmato con acceso almeno della componente medica e, se necessario, dell'infermiere per la ripresa in carico del paziente e la verifica della congruità della programmazione degli interventi sanitario-assistenziali proposta a priori;
- qualora non sia prevista una valutazione "complessa" da effettuare in U.V.M.D. dopo la valutazione a domicilio, il piano assistenziale viene elaborato seduta stante, esplicitandolo successivamente alla famiglia ed attivandolo;
- viene organizzata l'educazione dei familiari sul piano di assistenza predisposto e viene praticato il counselling familiare sulle modalità assistenziali;
- qualora siano da gestire anche problematiche a valenza sociale, la valutazione e la presa in carico viene fatta anche con la presenza del responsabile U.V.M.D. e dell'assistente sociale del Comune competente;
- in tutti i casi viene somministrata (completamente o parzialmente) la scheda di valutazione multidimensionale S.V.A.M.A., definendo la data di verifica;
- ciascun operatore applica la parte di competenza del piano assistenziale ed aggiorna puntualmente la parte specifica del diario clinico a domicilio.

Responsabilità del Medico di Assistenza Primaria

Il Medico di Assistenza Primaria ha la responsabilità di:

- contribuire ad elaborare il Piano assistenziale, compresa la definizione concordata delle protesi e degli ausili per assicurare un'efficace gestione a domicilio;
- verificare il consenso della famiglia al Piano/contratto terapeutico ed ottimizzare il ruolo assistenziale della stessa;
- garantire, per quanto di sua competenza, l'attuazione del Piano assistenziale;
- richiedere l'eventuale aggiornamento del Piano assistenziale a seconda delle mutate condizioni del paziente;
- concordare in sede di U.V.M.D. gli accessi a domicilio propri e delle altre figure assistenziali.

Per facilitare/stimolare la gestione delle dimissioni protette le Aziende ULSS, in accordo con i medici, sono tenute ad attivare forme di sperimentazione che, utilizzando il pagamento ad accesso del Medico di fiducia, consentano di assicurare la presenza del Medico in ospedale, seguendo il modello sopra rappresentato e, quindi, dare avvio al processo di presa in carico a partire dal reparto di ricovero. Tale modello, che impegna fortemente anche il Distretto, potrebbe esitare nella sperimentazione della U.V.M.D. in ospedale.

Si sottolineano, infine, i principali aspetti qualitativi conseguenti a questo processo di presa in carico:

- valorizzazione delle competenze e del rapporto di fiducia tra Medico di Assistenza Primaria e paziente;
- valorizzazione della competenza, dell'autonomia e della responsabilità delle altre figure professionali coinvolte nel processo;
- integrazione tra servizi ospedalieri e distrettuali;
- creazione di alleanze terapeutiche con la famiglia del paziente;
- garanzia di una continuità terapeutica e dell'assistenza.

Trattamento economico

Per queste tipologie di prese in carico si riconoscono i trattamenti economici previsti per gli accessi in ADI profilo D. Inoltre può essere riconosciuto, in base alla complessità del progetto assistenziale elaborato dall'U.V.M.D., il trattamento previsto per il malato oncologico o altre forme di remunerazione dell'impegno.

Il percorso così articolato porta alla formulazione delle seguenti considerazioni.

- Il cambiamento di logica previsto nella nuova convenzione, che sposta dal prestazionale al raggiungimento di obiettivi condivisi il riferimento su cui basare una parte della retribuzione, richiede la disponibilità per una rilettura, congiunta e professionalmente condivisa, dei criteri di individuazione delle tipologie, delle priorità e delle modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare, da effettuarsi con specifici Gruppi di lavoro interprofessionali e di diversa estrazione a livello Regionale.
- Il progressivo aumento della complessità assistenziale da garantire ai pazienti assistiti/assistibili a livello territoriale, richiede la definizione condivisa di standard professionali di elevata qualità da garantire ai pazienti presi in carico. Per definire tali standard è necessario prevedere Gruppi di lavoro interprofessionali e di diversa estrazione (Territorio ed Ospedale) da costituire a livello di gruppi di Aziende di norma aggregate per Provincia (Area Vasta).
- La valutazione della qualità dell'assistenza erogata a pazienti impegnativi, quali gli oncologici terminali e/o i fragili presi in carico con Dimissione protetta, deve essere garantita a livello di ogni Azienda con modalità di confronto professionale quale l'audit, su una percentuale dei casi seguiti (indicativamente almeno il 10%). Per la specifica tipologia di casistica si deve fare riferimento a gruppi multi professionali e di diversa estrazione (Territorio ed Ospedale).
- La complessità di realizzazione di un sistema che tende a portare il focus sulle cure primarie, a migliorare la qualità complessiva della assistenza erogata ed ad individuare l'integrazione professionale come strumento essenziale per realizzare la continuità assistenziale, richiede di raggiungere un accordo, per un arco temporale definito, su un progetto formativo comune per tutte le componenti professionali coinvolte nel processo di cambiamento. Le esigenze formative richiedono l'impegno di superare eventuali difficoltà e/o vincoli che potrebbero derivare dalla diversa contrattualistica dei professionisti coinvolti e dalle usuali modalità di organizzazione degli eventi formativi per la dipendenza e per i professionisti convenzionati.

Assistenza Programmata di Ospiti non Autosufficienti in Case di Riposo, RSA ed altre Strutture Protette

L'attività di assistenza programmata è effettuata presso le strutture residenziali di cui alla D.G.R. n. 751/2000, Tab. 2 e 3, quali:

- le Case di Riposo;
- le RSA e i nuclei di RSA in Casa di Riposo;
- le RSA da dimissione OO.PP.;

- nonché altre strutture residenziali protette (Comunità per soggetti AIDS, Grandi strutture ex D.G.R. n. 2537/2000).

L'attività di assistenza programmata riferita a tutte le strutture sopraindicate è compito del Medico di Assistenza Primaria, che la effettua come competenza inscindibile dai compiti attribuitigli dall'A.C.N., per gli assistiti iscritti.

Nelle Case di Riposo e nelle RSA l'attività è assegnata al Medico di Assistenza Primaria. Si può derogare a tale indicazione, assegnando l'attività a medici dipendenti dell'Azienda ULSS territoriale, solo in presenza delle seguenti condizioni:

- che si tratti di medici dipendenti già operanti in divisioni e servizi, di cui sia stata disposta dall'Azienda ULSS la chiusura nei sei mesi precedenti all'inserimento del medico nelle strutture di cui al 1° capoverso;
- che in relazione a quanto su indicato il predetto personale risulti in esubero rispetto alle possibilità occupazionali delle strutture gestite dall'Azienda ULSS territoriale;
- che le strutture di cui è stata disposta la chiusura siano di medicina interna, geriatria, lungodegenza, cardiologia o riabilitazione;
- che l'utilizzo del personale in esubero sia consentito per la copertura fino alla concorrenza del 50% dei posti disponibili. Nel caso vi sia un solo posto disponibile deve essere esercitato il diritto di assegnazione al Medico di Assistenza Primaria.

Nelle RSA e nelle altre strutture indicate al primo capoverso della presente sezione, in considerazione alle eventuali peculiarità delle prestazioni erogabili, per l'esercizio dell'attività di assistenza programmata l'Azienda ULSS può incaricare medici dipendenti come consulenti.

L'incarico per l'effettuazione dell'assistenza programmata è attribuito al Medico di Assistenza Primaria, senza che si stabilisca alcuna forma di rapporto di lavoro dipendente con l'Azienda ULSS o con la struttura ove opera il medico, trattandosi di un rapporto di lavoro autonomo secondo i principi dell'A.C.N..

Le modalità di espletamento dell'incarico, che costituiscono oggetto di apposito contratto tra il medico e l'Azienda ULSS, si riferiscono ai seguenti elementi:

- l'attività svolta all'interno della struttura dal Medico di Assistenza Primaria è coordinata dal medico coordinatore nominato dall'Azienda ULSS;
- il coordinatore, sentiti i Medici di Assistenza Primaria che operano nella struttura, si occupa del coordinamento sanitario del personale infermieristico e di assistenza, nell'ambito dei programmi terapeutico-riabilitativi concordati;
- la presenza del Medico di Assistenza Primaria è concordata tra il medico, la struttura ed il coordinatore, secondo le esigenze assistenziali dell'utenza. In caso di controversie dovrà essere investito il Comitato aziendale che esprimerà parere obbligatorio al Direttore Generale dell'Azienda ULSS per la decisione;
- nelle strutture ove operano più medici, il medico coordinatore concorderà appropriate modalità per assicurare la migliore continuità erogativa possibile dell'assistenza nell'arco della giornata.

Gli incarichi hanno durata triennale con decorrenza dalla data di conferimento di ciascuno degli stessi e possono essere rinnovati.

L'individuazione del Medico di Assistenza Primaria, effettuata motivatamente dal Direttore Generale, cui affidare l'assistenza programmata, avviene tra medici operanti nel Distretto ove si trova la struttura o nel Comune se questo è articolato in più distretti sulla base dei seguenti requisiti e titoli, attraverso cui si costituisce un elenco aggiornato annualmente ed inviato in copia al Comitato aziendale che ne prende atto.

Requisiti

- a) disponibilità del Medico di Assistenza Primaria su richiesta dell'Azienda ULSS;
- b) esercizio esclusivo, compresa l'eventuale contestuale attività di continuità assistenziale, di attività convenzionata di Medicina Generale disciplinata dall'A.C.N. da almeno tre anni, a favore dei propri assistiti.

Titoli

Nella predisposizione di tale elenco si tiene conto dei seguenti titoli da prendere in considerazione con prevalente rilievo nella successione di seguito indicata, esclusa qualsiasi graduatoria in termini di punteggio:

- maggiore anzianità come titolare di incarico per l'assistenza programmata in case di riposo, RSA ed altre strutture protette;
- attività di Assistenza Domiciliare Integrata e Assistenza Domiciliare Programmata, svolta nell'ultimo triennio;
- maggiore anzianità come Medico di Assistenza Primaria;
- possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;
- possesso di una delle seguenti specialità: geriatria, medicina interna, cardiologia o fisiatria.

In caso di pari valutazione del curriculum, l'individuazione del medico avrà luogo tenendo conto del rispettivo minor numero di assistiti iscritti.

L'attività medica di Medicina Generale agli ospiti del/i centro/i servizio/i viene garantita dall'Azienda ULSS, che si avvale del/i medico/i individuato/i dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS stessa secondo i principi e con le modalità di cui alla presente sezione e in accordo con l'Ente interessato.

Per quanto concerne i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività del Medico di Assistenza Primaria all'interno del centro servizi si rinvia alla D.G.R. n. 3921/2002 ed allo schema di contratto in essa richiamato.

Al termine di ogni anno contrattuale, il Responsabile dell'Ente può trasmettere all'Azienda ULSS una relazione sull'operato professionale del medico incaricato presso la propria struttura e, in caso di motivata ed oggettiva valutazione negativa, il Direttore Generale dell'Azienda ULSS può, previa adeguata istruttoria, disporre la risoluzione anticipata del rapporto.

La ripartizione del carico di assistiti della struttura deve aver luogo non superando, se non per il periodo minimo necessario per l'avvicendamento, la quota di 60 unità per ciascun medico, anche se la struttura è articolata nello stesso Distretto in più sedi.

L'Azienda ULSS - in via sperimentale, in presenza di particolari situazioni organizzative del centro servizi, su richiesta dello stesso e con parere favorevole del Comitato aziendale della Medicina Generale – può definire il numero di ospiti affidati a ciascun medico in misura superiore al limite come sopra stabilito, se compatibile con il massimale individuale. Qualora il medico operante presso il centro sia già massimalista, il numero di ospiti affidatigli in misura superiore a detto limite comporta la proporzionale riduzione del massimale individuale.

L'assistenza erogata ad ospiti di strutture protette semiresidenziali (quali CEOD), se svolta dal Medico di Assistenza Primaria, non determina l'iscrizione dei soggetti nell'elenco dei suoi assistiti. Tale servizio non è cumulabile con lo stesso servizio di assistenza programmata erogabile dal predetto o da altro Medico di Assistenza Primaria presso la residenza dell'assistito.

Trattamento economico

L'attività di assistenza programmata in favore di pazienti ospiti in Residenze protette viene retribuita, in aggiunta ai compensi spettanti al medico ai sensi dell'art. 59 dell'A.C.N., con un compenso forfetario, comprensivo anche delle prestazioni di particolare impegno professionale, delle certificazioni di ogni tipo e di qualunque prestazione comunque resa, pari a € 41,00 mensili per assistito.

Le Aziende ULSS possono, mediante accordi con le OO.SS. definiti ai sensi dell'A.C.N., integrare la presente disciplina relativamente ad ulteriori compiti e attività attinenti la materia in questione, prevedendo anche i relativi trattamenti economici. Tale possibilità è estesa anche alle Strutture protette richiamate nelle presenti disposizioni, che possono formulare proprie proposte da recepire tramite accordi con le OO.SS. di cui all'A.C.N..

Le particolari situazioni che dovessero derivare dall'applicazione della presente disciplina potranno essere definite dal Comitato regionale.

Nelle more delle procedure di conferimento degli incarichi, cui le Aziende ULSS provvederanno secondo i criteri sopra descritti, i medici già incaricati potranno operare fino all'individuazione dei nuovi titolari dell'incarico.

Si richiamano, se ed in quanto compatibili, le disposizioni dettate dalla D.G.R. n. 5953 del 6/12/1994, dalla D.G.R. n. 1742 del 19/05/1998, dalla D.G.R. n. 3921 del 30/12/2002 e dalla D.G.R. n. 3856 del 3/12/2004.

Integrazione fra sistemi di scheda-sanitaria individuale del Medico di Assistenza Primaria e Sistemi Informativi aziendali

Riconosciuta la strategicità di poter fruire di Sistemi Informativi integrati, le parti concordano che la scheda-sanitaria individuale elettronica del Medico di Assistenza Primaria debba rispondere, in un'ottica di reciprocità, ai requisiti della cooperazione applicativa con il sistema informativo dell'Azienda sanitaria per la gestione di servizi, quali l'identificazione del paziente e l'aggiornamento dell'anagrafe degli assistiti, l'accesso ai referti firmati digitalmente, la prescrizione di prestazioni farmaceutiche o di specialistica ambulatoriale e la prenotazione.

La cooperazione applicativa è la modalità tecnica individuata per il mutuo scambio informativo su rete aperta (internet), nel pieno rispetto delle esigenze di sicurezza e riservatezza, tra la cartella clinica del Medico di Assistenza Primaria e l'Azienda ULSS, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dei processi di comunicazione.

In tal senso si rende necessario che la scheda-sanitaria individuale possa essere conforme alle specifiche standard definite in accordo con la Regione, in linea con le indicazioni del piano di e-Government e del Tavolo di Sanità Elettronica del Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie.

I suesposti indirizzi saranno oggetto di confronto, approfondimento e di definizione, in accordo con le OO.SS. e sulla base di un progetto tecnico formulato da un apposito gruppo di lavoro, entro sei mesi dall'approvazione del presente accordo.

Trattamento dei Dati – Codice Privacy

Preso atto della necessità di applicare le prescrizioni della normativa in tema di privacy (Codice Privacy – T.U. 196/2003), che incide significativamente sull'attività del Medico di Assistenza Primaria, delle Aziende socio-sanitarie ma anche dell'intera rete socio-assistenziale (Comuni,

Strutture residenziali, ecc.), le parti concordano sulla necessità di elaborare un progetto, rispondente ai principi della normativa stessa ed a tutela del diritto del cittadino, che soddisfi ai principi di:

- trasparenza,
- efficacia e sicurezza degli operatori coinvolti,
- appropriatezza e non ridondanza, utilizzando la norma sulla raccolta semplificata del consenso.

Pertanto si concorda sulla necessità che la materia formi oggetto di specifico accordo fra Azienda ULSS e le OO.SS. della Medicina Convenzionata per una gestione coordinata della materia.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La Continuità Assistenziale fa parte delle attività distrettuali.

Le seguenti azioni qualificano l'attività del medico del Servizio di continuità assistenziale:

1. migliorare l'accessibilità degli utenti al Servizio di continuità assistenziale e collaborare a snellire le procedure per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS;
2. integrare le proprie attività con quelle del Medico di Assistenza Primaria e del Distretto, in coerenza con il Programma delle attività territoriali, anche avvalendosi degli strumenti di comunicazione messi a disposizione dall'Azienda ULSS (es. linee telefoniche, telefonia mobile, utilizzo di strumenti informatici e di software integrato con quello della medicina generale, ecc.);
3. condividere ed applicare la Carta del Servizio di Continuità Assistenziale come parte integrante di quella della Medicina Generale dell'Azienda;
4. partecipare, sulla scorta dei progetti aziendali, alle attività di cure primarie del territorio. A tal fine il medico di Continuità assistenziale presta la propria opera anche in ADI, RSA, Hospice e altri luoghi di erogazione in cui sia necessario garantire continuità di assistenza primaria. In generale la sua attività potrà essere svolta non solo negli orari istituzionalmente previsti, ma anche nei giorni feriali in accordo ed integrazione con i Medici di Assistenza Primaria. Partecipa, inoltre, alle attività formative e alle altre attività del Distretto Socio Sanitario.

ASPETTI NORMATIVI-FORMALI

Il Servizio di Continuità Assistenziale

Con il presente Accordo si dà attuazione all'art. 62, comma 2 dell'A.C.N., conseguendo da ciò la conferibilità ai medici aventi titolo di incarico a tempo indeterminato con le modalità previste dagli artt. 63 e segg. dell'A.C.N..

Il servizio è disciplinato dagli artt. 62 e segg. dell'A.C.N..

L'attività si articola come segue (art. 62, comma 1):

- orario prefestivo, dalle ore 10 alle ore 8 del giorno successivo;
- orario festivo, dalle ore 8 alle ore 8 del giorno successivo;
- orario feriale, dalle ore 20 alle ore 8 del giorno successivo.

L'Azienda ULSS, per esigenze di servizio, può anticipare l'inizio del turno, che viene di conseguenza aumentato delle ore corrispondenti, per le quali viene corrisposto il trattamento economico orario di € 25,82, salvo diverse determinazioni definite a livello aziendale.

Ai sensi dell'art. 64 dell'A.C.N., il fabbisogno di Medici di Continuità Assistenziale è definito nel modo seguente: 1 medico ogni 6.500 residenti. Nel computo della dotazione organica dovranno essere considerati sia i titolari che gli incaricati.

Ai sensi dell'art. 65 comma 14 dell'ACN l'Azienda, per garantire il servizio, potrà concordare con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite previsto dall'A.C.N. (24 ore settimanali), che verranno retribuite con € 32,00 onnicomprensive cadauna, attribuite secondo modalità definite con i Patti Aziendali.

Reperibilità

L'Azienda ULSS per ciascuna sede di continuità assistenziale, predispone un calendario mensile di reperibilità, per garantire le sostituzioni dovute ad assenza del medico in turno, secondo le modalità precisate dall'art. 71.

Per ogni turno di reperibilità compete al medico il compenso di € 36,15, per la reperibilità feriale, prefestiva o festiva in aggiunta del compenso per il turno.

Formazione

In merito si richiama quanto stabilito con la D.G.R. n. 3640 del 19/11/2004 "Formazione continua per i Medici della Medicina Convenzionata".

Assistenza ai turisti

Il servizio di assistenza medica di base ai villeggianti è attivato dalle Aziende ULSS nelle località a rilevante afflusso turistico, secondo le modalità contenute nella Circolare n. 7 allegata alla D.G.R. n. 2476 del 4/06/1996 come successivamente modificata dalla D.G.R. n. 939 del 20/04/2001.

Reperimento di medici cui affidare il servizio di medicina turistica

L'art. 32 dell'A.C.N. stabilisce che le Aziende ULSS, nelle individuate località a rilevante afflusso turistico, organizzino il servizio di assistenza sanitaria di base definendo localmente accordi con i Medici di Medicina Generale convenzionati nei relativi ambiti territoriali, sia in relazione alle attività di Assistenza Primaria che di Continuità Assistenziale, possibilità peraltro già contemplata dalla D.G.R. n. 939 del 20/04/2001.

Destinatari del servizio di medicina turistica

Definite le località a rilevante afflusso turistico, l'art. 67 comma 14 dell'A.C.N. prevede che il servizio venga attivato per assicurare l'assistenza sanitaria di base alle persone non residenti nelle suddette località.

Tariffe del servizio

Si confermano le tariffe onnicomprensive di accesso al Servizio già definite dalla D.G.R. n. 939 del 20/04/2001, a carico degli utenti, come segue:

- visita ambulatoriale: € 21,00,
- visita domiciliare: € 31,00,
- atti medici ripetitivi: € 5,00.

Coordinamento

In ogni sede del Servizio di continuità assistenziale il Direttore Generale, sentito il Comitato aziendale, individua un medico con l'incarico di Coordinatore.

Ferme restando le competenze in carico alle Aziende di cui comma 4, art. 68 dell'A.C.N., il Coordinatore si impegna a:

- mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con i Direttori di Distretto;
- mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;

- predisporre i turni e le reperibilità di servizio con invio all'Azienda in tempo utile per la loro pubblicazione;
- proporre al Direttore di Distretto azioni per il miglioramento del Servizio;
- trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda ULSS, sulla condivisione dei progetti aziendali;
- fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio.

I coordinatori partecipano di diritto all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Per l'espletamento dei compiti di coordinamento, l'Azienda ULSS riconosce un compenso forfetario mensile di € 64,56 con decorrenza dall'atto di nomina.

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

Ciascuna Azienda ULSS dà attuazione al disposto dell'art. 73 dell'A.C.N..

Al di fuori della fattispecie prevista nell'art. 19, comma 1 - lett. f), a seguito dell'inabilità ex art. 73 – comma 4, accertata dalla commissione di cui all'art. 19, comma 1 – lettera f), il Direttore Generale provvede ad adibire il medico inabile allo svolgimento dei compiti indicati nel capo III dell'A.C.N., ad altre specifiche attività inerenti l'incarico ricoperto.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Progetto obiettivo per la Continuità Assistenziale

L'Azienda ULSS, secondo obiettivi coerenti con quelli generali di sviluppo dell'Assistenza Primaria e territoriale, definisce, attraverso il Patto aziendale, con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, l'ulteriore impegno del Medico di Continuità Assistenziale, e individua il sistema incentivante, nelle seguenti aree e attività:

a) Sviluppo della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Il Medico di Continuità Assistenziale:

- collabora alla definizione dei criteri e degli standard di qualità del servizio, nonché della appropriatezza diagnostico-terapeutica, anche attraverso momenti di revisione della qualità delle attività;
- condivide, con il Direttore del Distretto, i parametri di riferimento della propria attività, per quanto riguarda gli indicatori di risultato attesi, attivando una verifica "in itinere" degli stessi, come da specifici programmi;
- è tenuto, previo accordo con l'Azienda ULSS, ad utilizzare gli strumenti informatici eventualmente messi a disposizione dall'Azienda stessa al fine di garantire l'aggiornamento costante delle banche dati assistenziali. Con analoghi accordi è data facoltà alle parti di concordare i modelli e gli strumenti di gestione dei flussi informativi.

b) Assistenza programmata a pazienti fragili.

I Medici di Continuità Assistenziale prendono in carico i pazienti, anche in associazione o in équipe con i Medici di Assistenza Primaria, secondo i criteri e le metodologie propri dell'Assistenza Primaria, prolungandone l'attività assistenziale nei giorni e nelle ore sopra precisate.

In base a questo presupposto essi assicurano, oltre alle chiamate indifferibili, anche l'effettuazione degli interventi previsti dal progetto assistenziale definito rispettivamente:

- dall'UVMD a favore dei pazienti in ADIMED con le seguenti precisazioni:
 - il Medico di Continuità Assistenziale, a completamento del suo intervento in ambito domiciliare, deve provvedere all'aggiornamento del diario clinico con l'indicazione e la compilazione delle variabili (diagnosi, allergie, terapie e ogni altro suggerimento ritenuto opportuno) secondo le specifiche intese formulate nel citato protocollo;
 - i rapporti fra le figure infermieristiche e/o assistenziali che hanno in carico il caso in ADI ed il Medico di Continuità Assistenziale sono definiti dallo stesso protocollo;
- dalla UOI a favore degli ospiti non autosufficienti delle residenze protette con le seguenti precisazioni:
 - nell'attività presso le Residenze protette, il Medico di Continuità Assistenziale deve poter disporre dei farmaci in dotazione presso la struttura;
 - l'anamnesi e lo schema delle terapie praticate al paziente ospite della struttura protetta devono essere accessibili al Medico di Continuità Assistenziale; di ciascun intervento assistenziale dovrà essere inserita opportuna traccia nella documentazione clinica del paziente.

Per assicurare il corretto svolgimento delle proprie funzioni le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale e l'Azienda concordano le più efficaci modalità di comunicazione tra il Medico di Continuità Assistenziale e il Medico di Assistenza Primaria, al fine di garantire un'adeguata continuità dell'assistenza del paziente.

I Medici di Continuità Assistenziale collaborano nell'aggiornamento dinamico delle informazioni e partecipano alla valutazione dei dati sulle attività domiciliari e presso le Residenze protette per quanto di propria competenza.

Gli interventi programmati sono retribuiti con un compenso di € 25,82 ad accesso.

c) *Prestazioni non differibili.*

L'Azienda ULSS, presso le sedi del servizio di continuità assistenziale, può garantire attività ambulatoriale, a rotazione e in orari concordati, erogando esclusivamente prestazioni non differibili con l'eventuale ricorso a prestazioni aggiuntive (allegato D dell'A.C.N.) e a forme incentivate. Tali azioni devono essere finalizzate al conseguimento di una maggiore appropriatezza negli accessi al Servizio di Pronto Soccorso. Qualora si configuri la possibilità, fermo restando la specificità dell'istituto della Continuità Assistenziale, sulla base di particolari necessità possono essere stabilite nella singola Azienda ulteriori forme di partecipazione/integrazione dell'attività con il Servizio di Pronto Soccorso.

Le Aziende ULSS devono pertanto:

- dotare gli studi medici dell'attrezzatura necessaria per l'esecuzione delle prestazioni aggiuntive;
- prevedere appositi armadietti per i medicinali;
- concordare modelli di accesso pianificato al servizio di Continuità Assistenziale anche adottando strumenti di centralizzazione delle chiamate e di gestione dei piani di lavoro (implementazione del call center).

Festività di particolare rilevanza

Le ore di attività svolte nei giorni e negli orari sotto riportati sono remunerate con la tariffa oraria maggiorata di € 10,33.

1° Gennaio ore 8.00-20.00

6 Gennaio	ore 8.00-20.00
Pasqua	ore 8.00-24.00
Pasquetta	ore 0.00-20.00
25 Aprile	ore 8.00-20.00
1° Maggio	ore 8.00-20.00
2 Giugno	ore 8.00-20.00
15 Agosto	ore 8.00-20.00
24 Dicembre	ore 20.00-24.00
25 Dicembre	ore 0.00-24.00
26 Dicembre	ore 0.00-20.00
31 Dicembre	ore 20.00-8.00.

Patto aziendale

Con il presente Accordo regionale, le disposizioni sui patti aziendali, di cui alla D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004, vengono estese anche alla Continuità Assistenziale per l'attuazione del Progetto obiettivo sopra descritto. In tale ambito, l'organizzazione del servizio dovrà prevedere, in deroga alle relative norme dell'A.C.N., quanto segue:

- la conferma della dotazione organica, sia titolari che incaricati, attualmente vigente in ogni Azienda, in deroga al rapporto ottimale di cui all'art. 64, comma 1;
- l'obbligo per il Medico di Continuità Assistenziale di assicurare le prestazioni sanitarie non differibili agli assistiti dal SSR, in deroga agli ambiti territoriali di cui all'art. 67, comma 1;
- al di fuori delle località a forte afflusso turistico già individuate nel Veneto, con il Patto aziendale le parti provvedono eventualmente ad individuare ulteriori località, per l'assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, di cui all'art. 32 e art. 67, comma 14 dell'A.C.N..

Le Aziende sanitarie che non dovessero definire i Patti con la Continuità Assistenziale dovranno dare attuazione alle sopra richiamate disposizioni contrattuali conformemente all'A.C.N..

Trattamento dei dati – codice privacy

I Medici di Continuità Assistenziale dovranno applicare le regole in tema di rispetto della normativa sulla privacy, concordate con l'Azienda ULSS di appartenenza ed in essa adottate.

Trattamento economico

Gli emolumenti di cui al presente Accordo regionale sono assoggettate a contribuzione EMPAM.

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI NORMATIVI-FORMALI

Premessa

L'A.C.N. per la Medicina Generale del 23 marzo 2005, impegna la Regione a definire con le OO.SS. le intese per la disciplina di alcuni aspetti specifici fra cui l'“organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale”.

L'A.C.N. demanda, quindi, alla trattativa regionale l'attuazione degli artt. 91 e seguenti, ai fini della loro puntuale definizione sulla base di indirizzi generali individuati a livello nazionale.

Le disposizioni della “parte prima – inquadramento generale” e della “parte seconda – disciplina del rapporto convenzionale dei medici di medicina generale” dell'A.C.N. si applicano anche ai Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale.

L'Emergenza Sanitaria Territoriale (art. 91)

L'organizzazione dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (E.S.T.) è realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17/5/1996.

La Regione Veneto si avvale di personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio, utilizzando medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale secondo quanto disposto dall'articolo 15 dell'A.C.N. e dal presente Accordo regionale.

L'Accordo regionale definisce le modalità organizzative del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale sulla base di quanto indicato nei successivi articoli.

Individuazione e attribuzione degli incarichi (art. 92)

La Regione attiva a partire dal 2006 corsi specifici di idoneità all'emergenza, come previsto dall'art. 96 dell'A.C.N., sufficienti a coprire il fabbisogno definito sulla base degli incarichi vacanti individuati dalle Aziende alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno; individua, inoltre, i relativi criteri di accesso e le modalità di svolgimento.

Campo di applicazione e descrizione dell'attività (art. 94)

Nell'ambito della programmazione sanitaria, la Regione individua le seguenti modalità organizzative e di collaborazione dei medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso le strutture intramurarie dell'Emergenza – Urgenza.

L'attività del servizio, oggetto delle presenti disposizioni, si esplica nell'arco delle 24 ore esclusivamente per interventi di primo soccorso esterni al presidio ospedaliero, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, ad integrazione, nelle attività dei Dipartimenti Emergenza Assistenza/Pronto Soccorso secondo le modalità di seguito stabilite.

Il trasporto “secondario” (es. dopo accoglimento in PS e successivo invio da ospedale a ospedale) non è, di norma, di pertinenza del servizio. Solo in caso di conclamato ed imminente pericolo di vita e contestuale motivata difficoltà organizzativa a garantire il trasporto secondario, configurandosi uno stato di necessità, è possibile prevedere una integrazione funzionale con il 118, al fine di garantire il trasporto protetto indifferibile del paziente critico nei Presidi Ospedalieri per acuti di

riferimento. In nessun caso il medico di E.S.T. lascerà scoperta la propria sede di lavoro per trasporti secondari di pazienti non critici perché ciò comporterebbe, di fatto, la mancata copertura del territorio di competenza per eventuali concomitanti emergenze/urgenze.

Il medico di E.S.T. può svolgere attività presso i PS dell'Azienda in cui è incaricato, previo accordo con la Direzione Aziendale; il rapporto di collaborazione presso le strutture dei PS, così come tutte le altre modalità di integrazione, viene formalizzato in occasione del Patto e, con ulteriori dettagli, nel contratto annuale fra Azienda e Medici dell'E.S.T..

I Medici dell'E.S.T. qualora impiegati nei Pronto Soccorso degli Ospedali o nei Punti di Primo Soccorso (PPI), qualora organizzati dalle Aziende Sanitarie, con le modalità previste nel presente Accordo, possono operare in piena autonomia nell'ambito delle attività di loro competenza.

La disciplina dei trasporti secondari viene rinviata al Patto Aziendale.

Compiti del medico (art. 95)

Il medico incaricato svolge i seguenti compiti istituzionali, che devono essere prestati su tutto il territorio coperto dalla Centrale Operativa di riferimento:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR, previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
- trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate, secondo le modalità organizzative su esposte;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

Oltre alle attività sopra previste, il medico del servizio di E.S.T.:

- collabora nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende sanitarie e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda stessa facenti parte dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza; il rapporto di collaborazione presso le strutture dei PS viene formalizzato in occasione del Patto.
- svolge attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali, ecc.;
- svolge attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio, determinate anche dall'inserimento della propria "figura professionale" all'interno di sistemi operativi complessi e polifunzionali;
- effettua interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.

Sulla base di apposita programmazione aziendale, sancita dal Patto, ai medici incaricati a tempo indeterminato di E.S.T. sono attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale sanitario e del personale medico dell'Azienda in materia di primo soccorso e di emergenza sanitaria territoriale.

Sulla base di apposita programmazione aziendale, sancita dal Patto, ai medici dell'E.S.T. vengono, inoltre, attribuiti compiti di formazione in progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

Sostituzioni, incarichi provvisori – reperibilità (art. 97)

Considerate le peculiarità del servizio di E.S.T., le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'Azienda organizza i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di E.S.T..

L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di E.S.T., turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. Per ogni sede di emergenza sanitaria territoriale deve essere reperibile almeno un medico per turno di servizio. I turni mensili di reperibilità vengono retribuiti secondo quanto stabilito dal seguente “art. 98 – Trattamento economico”.

Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell’ambito del Servizio, previo accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale.

L’Azienda sanitaria fornisce alla Centrale Operativa copia dell’elenco dei medici reperibili, comprensiva del relativo indirizzo e del recapito telefonico presso cui ciascuno può essere reperito ed i turni ad essi assegnati.

Trattamento economico (art. 98)

Ai medici addetti ai servizi di E.S.T. spetta il trattamento economico previsto dall’art. 98 dell’A.C.N.

Costituiscono attività aggiuntive quelle sopra indicate fra i “Compiti del medico”. Ai medici di emergenza sanitaria territoriale per lo svolgimento delle predette attività è corrisposta una quota mensile di € 826,33. Su tale compenso aggiuntivo sono calcolate tutte le trattenute di legge.

Per ogni turno di reperibilità (successivo al 4°) compete al medico un compenso omnicomprensivo di € 50 fatti salvi aspetti migliorativi definiti con i Patti Aziendali.

In attuazione della D.G.R. n. 2205 del 9 agosto 2002, ai medici addetti ai servizi di E.S.T. è corrisposto, per i compiti connessi con il loro specifico ruolo, così come definito negli atti regionali di programmazione sanitaria, un compenso forfetario lordo per ogni ora di servizio effettivamente svolto pari a € 2,35.

Per eventuali ore di servizio, effettivamente prestate in eccedenza rispetto al massimale di 38 ore settimanali, è corrisposto un importo pari a € 32,00 l’ora, da liquidarsi mensilmente, salvo conguaglio a fine anno.

Per una puntuale interpretazione dell’art. 98 comma 3 dell’A.C.N. relativamente al periodo di “astensione obbligatoria dal servizio” va specificato quanto segue: 21 giorni lavorativi, nell’organizzazione del lavoro dei medici addetti al 118, ovvero in turnazione h. 24 e richiamato l’art. 93 comma 8 dell’A.C.N. (equità distributiva dei turni diurni, notturni e festivi) equivalgono a 7 mattine, 7 pomeriggi e 7 notti pari a 14 turni diurni e 7 turni notturni per un totale di 168 ore mensili. Da quanto sopra si evince che 21 giorni lavorativi corrispondono esattamente all’orario complessivo svolto dal medico del 118 con rapporto di lavoro convenzionale, in un mese di 31 giorni, in analogia a quanto prevedono le norme generali per il personale dipendente, pertanto il disposto dell’art. 98, comma 3 comporta il diritto a 168 ore di ferie pagate, pari a 31 giorni solari. I giorni di ferie vanno computati in ore da sottrarre all’orario mensile (nel mese in cui si fruisce delle ferie medesime) per il calcolo delle ore residue (e quindi dei turni) da effettuare. Il periodo del comma 3 dell’art. 98: “..., purché l’assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l’impegno orario settimanale. ...”, è volto ad impedire una fruizione del riposo in unica soluzione e non costituisce un parametro per rimodulare quanto previsto letteralmente dalla medesima disposizione contrattuale.

Le Aziende, contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell’attività, devono assicurare i medici ai sensi dell’art. 99, commi 3 e seguenti, dell’A.C.N.

Per i medici di E.S.T. le Aziende devono attivare anche una polizza RCT, comprendente la copertura di spese legali, come previsto per i medici dipendenti del pronto soccorso.

Art. 99 – contributi previdenziali e assicurazione contro i rischi derivanti dall’incarico

Il contratto, di cui all’art. 99 comma 5 viene stipulato, senza franchigie per una diaria giornaliera di € 114,00 per invalidità temporanea assoluta.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Coordinamento

In ogni sede del Servizio di E.S.T., il Direttore Generale, sentito il parere del Comitato aziendale della Medicina Generale, individua un medico convenzionato per l’E.S.T. fra i titolari d’incarico a tempo indeterminato, con almeno 5 anni di anzianità di incarico, cui affidare il compito, di durata semestrale e a rotazione, di coordinatore.

Il coordinatore si impegna a:

- definire e mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con i responsabili della Centrale Operativa;
- gestire l’organizzazione del servizio e mantenere i rapporti con gli altri medici dell’équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;
- fornire attraverso iniziative periodiche e coordinate l’integrazione e l’armonizzazione del personale E.S.T. e il personale del PS e del Dipartimento Area Critica; fornire periodica relazione su tale attività e sugli obiettivi proposti;
- predisporre i turni di servizio e di reperibilità;
- proporre al Direttore di Dipartimento di afferenza azioni per il miglioramento del Servizio;
- trasferire ai nuovi incaricati, sulla base del Patto, dei percorsi formativi e delle linee guida aziendali, le conoscenze sull’organizzazione del Servizio utili ad un loro efficace inserimento, compresa ogni altra informazioni sul contesto del territorio e dei servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento indispensabile al fine di una corretta e sollecita operatività dell’interessato nell’ambito del servizio.

I Coordinatori partecipano all’Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (art. 25 A.C.N.).

Per l’espletamento dei compiti di coordinamento, l’Azienda riconosce un compenso forfetario mensile lordo di € 64,56 con decorrenza dall’atto della nomina.

Patti aziendali

Con il presente Accordo regionale, le disposizioni sui patti aziendali, della D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004, sono estese anche alla E.S.T.. Il patto, in prima applicazione, deve anche contribuire alla definizione, nella singola Azienda, di uno specifico progetto per l’area.

Premesso che le prestazioni individuate con i LEA per la medicina convenzionata rientrano tra i compiti e le attività definite con gli ACN di categoria, che indicano anche il relativo trattamento economico, i patti aziendali costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Coerentemente a tale logica, i patti intendono esplicitare nello specifico di ogni Azienda ULSS:

1. la funzione (compiti e attività) del medico di E.S.T. valorizzandone il ruolo nell’ambito del sistema dell’emergenza-urgenza, una delle principali porte di accesso al Servizio Sanitario. Diventa, pertanto, prioritario definire un modello organizzativo che partendo dal rafforzamento dell’integrazione Territorio-Ospedale, consenta di porsi, nell’emergenza-

urgenza, trasversalmente tra i due ambiti cogliendo e rendendo sinergiche tutte le risorse del SSSR a partire dal Territorio, e con il Pronto Soccorso posto come fondamentale anello di congiunzione con l'Ospedale. Il miglioramento del percorso assistenziale intraospedaliero completerà il modello con l'omogeneizzazione ed il miglioramento delle Unità di Osservazione Breve (OBI);

2. le azioni volte alla promozione di Obiettivi di salute attuati attraverso la progettazione/attivazione di servizi rispondenti ai bisogni, in virtù di primo contatto con il SSN in situazioni di emergenza-urgenza e di gestore della prima risposta ai bisogni di salute delle persone;
3. le prestazioni offerte dal medico di E.S.T. e le loro modalità di erogazione, nonché le attività implementate per un percorso volto alla Formazione e alla Crescita professionale.

Il Patto potrà contenere:

- a. obiettivi di processo legati espressamente alla definizione di azioni organizzative, la stesura di linee-guida, l'individuazione di nuovi modelli di gestione dei servizi, ecc.;
- b. obiettivi di risultato rispondenti a criteri di appropriatezza socio-sanitaria (obiettivi di salute).

Sintesi indicativa di obiettivi incentivabili attraverso i Patti aziendali

obiettivi di salute	Definizione dei criteri e degli standard di qualità del servizio
	Elaborazione di linee guida condivise per il trattamento delle più comuni patologie di natura emergenziale
	Percorsi specifici (telemedicina)
Offerta/erogazione attività	1) Rapporto di collaborazione presso le strutture dei PS 2) E' possibile prevedere che in tali turni al medico di E.S.T. vengano affidati i trasporti secondari dai reparti di degenza ad altro ospedale
	Sviluppo di attività integrate Ospedale –Territorio
	Utilizzo di strumenti informatici eventualmente messi a disposizione dall'Azienda stessa al fine di garantire l'aggiornamento costante delle banche dati assistenziali
Crescita professionale	Verifica dell'appropriatezza diagnostico-terapeutica, anche attraverso momenti di revisione della qualità delle attività
	Revisione tra pari di medicina generale nell'ambito del distretto
	Formazione continua e aggiornamento del personale sanitario e laico nel territorio dell'Azienda in materia di Primo Soccorso ed emergenza. Corsi di formazione del personale sanitario e laico nel territorio dell'Azienda in materia di maxiemergenza sia intra che extra ospedaliere

Formazione continua (art. 20)

Con il presente accordo regionale, le disposizioni di “Programmazione dell’attività di formazione obbligatoria rivolta ai medici della Medicina Convenzionata” contenute nella D.G.R. n. 1723 del 05/07/2005, vengono estese anche ai medici dell’E.S.T.. Con apposita deliberazione regionale le norme contenute nella D.G.R. di cui sopra verranno integrate sia per quanto riguarda la “formazione continua” che per la preparazione specifica di “Animatori di formazione” permanente anche per i medici dell’E.S.T..

La partecipazione ai corsi aziendali è obbligatoria fino alla copertura del 70% dei crediti formativi individuali ai fini ECM.

La partecipazione ai corsi per la formazione continua, prevista dall’A.C.N., dei medici dell’E.S.T., rientra nei compiti retribuiti con il trattamento economico previsto dall’art. 98 comma 1 dell’A.C.N.

Allegato n. 1

Linee Guida, Percorsi diagnostico-assistenziali, Ambulatori per Patologia

Sono previsti dei livelli di sviluppo collaborativo tra la Medicina di Assistenza Primaria e le strutture aziendali, in particolare ospedaliere e specialistiche ambulatoriali:

a) di condivisione di linee-guida per costruire percorsi diagnostico-assistenziali (PDA) relativi a patologie di largo interesse nella popolazione, con particolare ricaduta sui livelli di consumo sanitario, sia in termini di prestazioni diagnostiche che terapeutiche, farmacologiche e non.

Si segnala la larga disponibilità di documenti già predisposti e validati, frutto anche dell'esperienza delle Aziende venete, tale da consentire una rapida selezione dei più adeguati per ogni contesto organizzativo.

La produzione di linee-guida quindi ha soprattutto un valore propedeutico al loro reale utilizzo nelle decisioni cliniche e assistenziali, tenuto conto della capacità di produrre circoli di consenso tra medici di diversa estrazione;

b) di adozione di PDA per produrre risultati sulla qualità assistenziale, cui corrisponde lo spostamento e la razionalizzazione degli investimenti in altre aree d'offerta.

Di particolare interesse sono le aree di recupero o di assunzione della responsabilità del Medico di Assistenza Primaria verso patologie di larga prevalenza, soprattutto quelle caratterizzate da un uso inappropriato dei servizi a carattere specialistico.

I percorsi raccomandati per ogni Azienda dovranno riguardare:

- la sindrome metabolica;
- la patologia ipertensiva;
- il diabete;
- la BPCO;
- lo scompenso cardiaco.

Rientrano in tale livello le sperimentazioni relative a criteri di prioritizzazione degli accessi alla specialistica e diagnostica ambulatoriale che diano certezza di prestazione per le condizioni di reale bisogno specialistico.

Questi criteri possono essere esplicitati nella descrizione dei PDA sopra indicati, con una loro definizione ed estensione progressiva a tutte le aree specialistiche;

c) di costituzione di programmi ambulatoriali per patologia, che rappresentano una riorganizzazione dell'attività del Medico di Assistenza Primaria, in gruppo, rete o associazione, al fine di realizzare, nel proprio studio, una serie di azioni mirate ed utili alla gestione uniforme, programmata e maggiormente finalizzata delle patologie croniche, che hanno un alto impatto sui consumi di prestazioni e di servizi.

Si intende, quindi, convertire il lavoro del medico verso modelli organizzativi con un grado maggiore di efficacia e di efficienza nell'erogazione degli interventi.

Gli ambulatori per patologia rispondono ai seguenti principi generali:

- 1) definizione delle prestazioni erogabili nelle cure primarie e di quelle erogabili dal 2° livello, al fine di ridurre i costi di gestione delle patologie croniche ed i costi sociali di accesso ai servizi;
- 2) trasferimento nelle cure primarie di quello che attualmente viene impropriamente erogato nel 2° livello, con costi più alti e spesso con duplicazioni di prestazioni.

In ciascuna Azienda e/o Distretto vengono individuate le aree problematiche prioritarie, sulla base dell'analisi epidemiologica, sociale e dell'attività dei servizi, effettuata in collaborazione tra Medici di Assistenza Primaria e componenti aziendali.

Vengono quindi programmati, per ciascuna area problematica e per distretto, un certo numero di ambulatori per patologia che vengono adottati dalle associazioni, reti o gruppi, di Medici di Assistenza Primaria.

Gli elementi comuni a tutti gli ambulatori dovranno essere:

- un piano di trattamento individualizzato che comprenda l'educazione del paziente ed il follow up attivo;
- il monitoraggio dell'adesione al programma da parte del paziente e degli esiti del trattamento;
- un protocollo per l'invio allo specialista.

Tenuto conto dell'omogeneità dei pazienti inseriti nei programmi ambulatoriali per patologia, si invita alla sperimentazione di tecniche educative e informative anche in piccolo gruppo, favorendo l'uniformità dell'intervento comunicativo, sia in termini relazionali che di contenuto, nonché lo scambio di esperienze e aiuto tra i membri del gruppo.

Negli ambulatori programmati si utilizzano le linee guida ed i percorsi diagnostico assistenziali che saranno condivisi a livello locale.

L'organizzazione dello studio prevederà l'utilizzo sistematico di metodi di miglioramento continuo della qualità in medicina generale di semplice uso e ad alto impatto organizzativo e gestionale.

Allo scopo di monitorare sia l'organizzazione, sia i processi assistenziali ed i loro esiti, saranno utilizzate apposite "audit chart", di semplice uso, contenenti criteri, indicatori e standard di struttura, processo ed esito.

Tali indicatori vanno concordati e costruiti tra i Medici di Assistenza Primaria e i Medici delle strutture aziendali.

I Medici di Assistenza Primaria debbono frequentare obbligatoriamente corsi di formazione per ciascuna area tematica, tenuti da specialisti e da Medici di Assistenza Primaria esperti, programmati e realizzati a livello regionale.

La sintesi tra:

- obiettivi di salute (mantenere la salute, preservare le funzioni, evitare e ritardare le complicanze), con l'utilizzo delle linee guida e dei PDA;
- modelli organizzativi della Medicina Generale (forme associative, ambulatori per patologia, iniziativa professionale);
- l'uso appropriato delle risorse disponibili e l'integrazione.

può costituire un percorso di orientamento alla Salute per il cittadino in quanto

- modello dinamico di mantenimento della salute in grado di dare risposte flessibili e appropriate ai bisogni dei cittadini;
- strumento di gestione dei profili/percorsi di cura in Medicina Generale che si interfaccia con i vari livelli di organizzazione e integrazione della Medicina delle Cure Primarie;
- approccio funzionale alla POLITICA della SALUTE e ai suoi contenuti.

DISPOSIZIONE FINALE N. 1

Le parti si impegnano a definire, attraverso le indicazioni fornite da un apposito gruppo di lavoro composto da tecnici regionali e aziendali e delle OO.SS., i criteri attraverso i quali sia possibile conoscere, in tempo utile, le procedure per l'applicazione di disposizioni, regionali e aziendali, di interesse della Medicina Generale.

DISPOSIZIONE FINALE N. 2

Ai fini dell'applicazione dell'Accordo regionale ai sindacati, viene riconosciuto, in aggiunta a quanto stabilito in proposito dall'art. 21 dell'A.C.N., la disponibilità di un numero di ore annue, da suddividere fra ciascuna OO.SS. in proporzione alla percentuale degli iscritti rilevata al 31/12/2004, entro il tetto massimo complessivo regionale di 5.000 ore/anno. I costi sono a carico dei bilanci delle aziende sanitarie interessate.

DISPOSIZIONE FINALE N. 3

Ai Medici della Medicina dei Servizi Territoriali, titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 23 marzo 2005, non si applica il disposto dell'art. 75, comma 3, dell'A.C.N..

DISPOSIZIONE FINALE N. 4

Le Aziende possono, per i medici in servizio nell'E.S.T. alla data del 23/03/2005 già in possesso dell'attestato di idoneità al servizio di emergenza sanitaria e non iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale della Regione Veneto, permanendo le condizioni di conclamata emergenza assistenziale che hanno giustificato l'attribuzione dei precedenti incarichi a tempo determinato, al compimento di cinque anni di incarico nell'emergenza anche non continuativi in Regione Veneto, stabilire la trasformazione del rapporto a tempo indeterminato.

NOTE A VERBALE

Le parti convengono di definire, entro il corrente esercizio, le modalità operative per il funzionamento del Centro regionale di riferimento per la medicina convenzionata di assistenza primaria.

Le parti convengono di rivedere, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo regionale, la disciplina per l'Assistenza Programmata di Ospiti non Autosufficienti in Case di Riposo, RSA ed altre Strutture Protette.

Le parti convengono di dare attuazione alle seguente disposizione del presente Accordo regionale: "Al fine di mantenere nel tempo il valore economico del sistema incentivante introdotto con la DGR n. 3731/2004, si prevede l'adeguamento annuale, a partire dal 1° gennaio 2006, del valore economico delle quote A) e B) dei Patti aziendali, conformemente agli obiettivi da perseguire nell'anno di riferimento", in tempo utile per i Patti aziendali dell'esercizio 2006.

Le parti convengono di rivedere la consistenza del Fondo ex art. 46 dell'ACN conformemente allo sviluppo in atto delle forme associative e alle conseguenti risorse da destinare a tale istituto. Nonché di finanziare le forme associative costituite nel corso del 2005, conformemente alla DGR n. 2694 del 20/09/2005.

Le parti convengono di richiamare gli istituti definiti con l'Accordo regionale di cui alla DGR n. 3889 del 31 dicembre 2001, relativi a: Attività di prevenzione organizzate; Attività epidemiologiche e di verifica della qualità; Sperimentazioni.

Le parti convengono sulla necessità del coinvolgimento delle OOSS della Medicina convenzionata in materia di organizzazione distrettuale, sia nel caso di modifica della relativa disciplina regionale sia nel caso di applicazione aziendale.

Le parti convengono sulla necessità di dare piena applicazione all'articolo 25, commi 3 e 4 dell'ACN e, a tal fine, prevedono la costituzione di un apposito gruppo di monitoraggio.

Le parti convengono di costituire gruppi di lavoro nelle seguenti materie:

- procedure di audit e net-audit sugli aspetti clinici, organizzativi e tecnologici della medicina delle cure primarie;
- percorsi di governo clinico per pazienti affetti da patologie croniche come diabete, BPCO, ipertensione ect.;
- per il coinvolgimento della medicina convenzionata (MG, PLS, SAI) e della dirigenza medica al fine di analizzare criticità legate alla presa in carico del paziente, per evitare percorsi non appropriati, anche al fine del governo delle liste di attesa.

Le parti convengono di approfondire le tematiche attinenti alla connessione fra profili erogativi e modalità organizzative della MG, al fine di migliorare i percorsi di orientamento alla salute dei cittadini.

Le parti convengono che i gruppi costituiti ai sensi del presente Accordo regionale debbano relazionare sull'andamento dei lavori al Comitato regionale per la MG.

Le parti convengono sulla necessità del coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale sull'organizzazione e gestione degli Ospedali di Comunità, Hospice e strutture intermedie.

Venezia, 10 novembre 2005

LE PARTI FIRMATARIE:

ASSESSORE alle Politiche Sanitarie della Regione del Veneto, firmato.

FIMMG, firmato.

Federazione Medici - Aderente UIL FPL, firmato.

INTESA SINDACALE SIMET – SUMAI – CISL Medici, firmato.

F.P. CGIL Medici

Per adesione

SNAMI, firmato.