

IPOTESI A.I.R. 2015-2018

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI F.I.M.M.G., S.N.A.M.I., S.M.I., INTESA SINDACALE

Premesso che:

-con Legge Regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" è stata, tra l'altro, rivista all'articolo 20 e seguenti l'organizzazione dell'assistenza medica primaria;

-con Legge Regionale 27.12.2013, n. 23 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia - Legge finanziaria 2014), in merito all'applicazione degli Accordi collettivi nazionali 29.7.2009 e 8.7.2010, le Aziende per i servizi sanitari sono state autorizzate nei limiti delle disponibilità finanziarie accantonate a remunerare gli oneri economici sostenuti dai medici di medicina generale che hanno attivato entro il 31.12.2013 le modalità organizzative in applicazione dell'articolo 59, lettera B, dell'ACN;

-con DGR n. 1635 del 5.9.2014 "Approvazione dell'accordo integrativo regionale stralcio per i medici di medicina generale in attuazione degli AA.CC.NN. 29.7.2009 e 8.7.2010", in applicazione della normativa indicata dagli Accordi collettivi nazionali 29.7.2009 e 8.7.2010, le parti con Accordo integrativo regionale dell'1.8.2014 hanno, tra l'altro, convenuto:

- al punto 1 "Definizione e stabilizzazione dei percorsi avviati ai sensi dell'articolo 59, lettera B, dell'ACN fino al 31.12.2013", in particolare alla lettera c), il rimborso dei costi sostenuti per la remunerazione del personale di studio, garantendo il riconoscimento di almeno l'80% dei costi sostenuti per tale voce, come definito dal Comitato Permanente Regionale nella riunione del 21 gennaio 2014 e avendo cura di prevedere una remunerazione capitaria per la medicina di rete e in gruppo non inferiore a quanto stabilito dall'art. 59 dell'ACN 2005;
- che nella seduta del 12 febbraio 2015 del Comitato permanente regionale, ex art. 24 dell'ACN dei medici di medicina generale del 29.7.2009, in attuazione di quanto convenuto con l'Accordo integrativo regionale 1.8.2014, le parti hanno deciso di rimborsare il 100% delle spese sostenute per il personale di studio dai medici di medicina generale che hanno attivato entro il 31.12.2013 i relativi istituti contrattuali e di procedere alla ripartizione di quanto residua dei fondi di ponderazione accantonati tra i medici che avevano aderito a forme organizzative nel periodo compreso tra l'1/07/2011 e il 31/12/2013;
- che lo stesso Accordo – punto 2 - – rimette a successivo AIR operativo la definizione, dal 2015, dell'entità degli oneri e delle modalità organizzative ex articolo 59, lettera B, ACN e AIR 2005;

Considerato che come si evince dall'articolato dell'AIR indicato, alcuni istituti contrattuali dell'ACN attualmente in vigore (biennio economico 2008-2009), non sono ad oggi compiutamente dettagliati, appare necessario integrare l'AIR vigente 1.8.2014 assumendo le determinazioni che seguono indirizzate, all'interno delle prerogative assegnate alla contrattazione regionale dell'art. 14 del vigente ACN, all'integrazione delle risorse finalizzate al potenziamento delle forme organizzative. Le parti danno atto al riguardo che la perequazione dei trattamenti economici relativi ai medesimi istituti contrattuali ed il conseguente allineamento ai compensi previsti dalla DGR n. 269/2006, è misura oltre che equitativa, strategica per il perseguimento dei miglioramenti organizzativi e di efficienza che seguono, previsti dall'art. 8 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012,

n. 189, perequazione che realizza la potestà di integrazione affidata al livello regionale (art. 59, lettera B, punti 4, 5, 6 e 7).

Si dà atto, altresì, che con la Legge n. 20 del 6 agosto 2015 “Assestamento del bilancio pluriennale per gli anni 2015-2017 ai sensi dell’articolo n.34 della legge regionale 21/2007”, all’art. 8 si è provveduto, integrando/rettificando i commi 9 e 10 della Legge Regionale 27.12.2013 n.23, a perequare i trattamenti economici dei Medici di Medicina Generale che hanno attivato entro il 31.12.2013 le modalità organizzative di cui all’art. 59 del vigente ACN dando atto che l’integrazione di competenza regionale è attuazione dell’ACN 08.07.2010, biennio economico 2008-2009.

Le indicate premesse costituiscono parte integrante del presente Accordo e substrato motivazionale dell’intesa che segue.

1. OBIETTIVI DI SALUTE, PERCORSI ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITA’ DELL’ASSISTENZA

Sono confermate le indicazioni condivise nell’allegato 2 alla DGR 1635/2014 che pone come priorità, anche sulla base dell’art 1 della legge 189/2012, il miglioramento dell’organizzazione della medicina di famiglia, l’associazionismo monoprofessionale, l’integrazione multi professionale, la continuità assistenziale e la presa in carico dei malati cronici, in particolare per le seguenti patologie: diabete, BPCO, malattie cardiovascolari, malattie salute mentale.

La nuova organizzazione dovrà essere in grado di garantire anche le seguenti attività:

- La medicina d’iniziativa;
- Il contributo organizzato allo sviluppo dell’assistenza medica nelle strutture intermedie di cui all’art. 23 della L.R. 17/2014;
- Supporto per quanto di competenza alle attività dei dipartimenti per la salute mentale,
- Supporto per quanto di competenza alle attività legate alla prevenzione;
- Supporto per quanto di competenza alla corretta gestione delle liste d’attesa per la medicina specialistica ambulatoriale attraverso la corretta e razionale compilazione dell’impegnativa e della prioritarizzazione anche partecipando ai programmi aziendali in materia;
- Supporto per quanto di competenza alle reti della terapia del dolore e delle cure palliative.

La Regione pone l’obiettivo della riorganizzazione complessiva dell’assistenza primaria, secondo i criteri OMS, allo scopo di affrontare i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.

Gli obiettivi di salute affidati non saranno limitati alla semplice e tradizionale medicina di opportunità ma al reale sviluppo di una medicina di iniziativa che effettivamente superi gli ostacoli che hanno finora impedito una piena fruizione del servizio, siano essi di ordine sanitario, organizzativo, sociale nel rispetto della sostenibilità economica e delle libere scelte del cittadino. La Regione determina annualmente le principali indicazioni strategiche sugli obiettivi di salute sulla base di quanto previsto al punto 9; le AAS per ogni singola materia predispongono annualmente un piano di intervento, comprensivo di indicatori di verifica, con il contributo dei Coordinatori AFT e dei componenti degli UU. DD. MM. GG. e con il parere obbligatorio del comitato aziendale ex art 23.

Le proposte regionali saranno necessariamente condivise in sede di Comitato ex articolo 24 del ACN.

Al finanziamento delle suddette attività si provvede mediante risorse afferenti al nuovo “Fondo per lo sviluppo dell’assistenza sanitaria” individuate annualmente dalla Regione in sede di predisposizione delle “Linee di gestione del SSR”. L’eventuale utilizzo parziale degli importi attualmente destinati ad altre attività finanziate con il fondo “specifici programmi” è definito di comune accordo in sede di Comitato ex art 24.

2. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA

In ottemperanza alla legge regionale 17/2014, le attuali forme associative dei MMG saranno gradualmente sostituite, entro il 31.12.2018, dalle nuove forme organizzative previste dalla citata legge regionale 17/2014 denominate:

- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
- Medicina di gruppo, qualificata quale Medicina di Gruppo Integrata (MGI)
- Centri di assistenza primaria (CAP)
- Presidi ospedalieri per la salute

Il percorso progressivo di adeguamento del sistema regionale del Friuli Venezia Giulia alla Legge 189/2012, al nuovo Patto per la Salute 2014-2016 ed alla LR 17/2014 si realizza tramite:

- La costituzione delle AFT, prevedendo in futuro anche la progressiva integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale, quando sarà definito il ruolo unico della medicina generale nel nuovo ACN; La fase di avvio e consolidamento delle AFT si conclude il 31.12.2016.
- la progressiva costituzione delle nuove Medicine di Gruppo Integrate, dei Centri per l'Assistenza Primaria e delle sedi dell'AFT;
- Il lavoro sempre più basato su obiettivi di salute, medicina di iniziativa e percorsi assistenziali;
- La previsione di programmi formativi specifici per supportare il migliore inserimento e qualificazione dei medici delle AFT, dei coordinatori delle AFT e l'integrazione con gli specialisti, l'ospedale e gli altri protagonisti del sistema socio sanitario.

Gli obiettivi, le funzioni e le attività da garantire nelle diverse articolazioni organizzative sono definite nell'articolo 20 della legge regionale 17/2014 come integrate dall'AIR 1.8.14 ex DGR 1635/2014.

3. L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

3.1 Significato

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN, della L. 189/2012 e della L. reg. 17/2014, consiste in un raggruppamento funzionale di Medici di Medicina Generale (MMG) allo scopo di realizzare le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

3.2 Dimensioni e individuazione

Le Aziende Sanitarie su base distrettuale individuano e successivamente istituiscono le AFT, con bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti anche in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio.

Le Aziende operano sulla base di quanto previsto nei Piani per l'assistenza primaria previsti dalla DGR. 2305/ 2013 (linee gestione 2014) già presentati e approvati dalla DCSISPS e successive eventuali modifiche. Tutte le fasi di questo processo sono attuate in stretta condivisione con l'UDMG/Coordinatori AFT

3.3 Composizione

Risulta volontà regionale e delle componenti sindacali, in applicazione della L. 189/2012 e della L. R. 17/2014, pervenire ad un'organizzazione dell'Assistenza primaria snella e ben fruibile da parte del cittadino, mirante ad una erogazione dei servizi in grado di coprire affidabilmente i bisogni sanitari con efficacia, chiarezza ed efficienza. In quest'ottica, vengono in prima applicazione superate le ridondanze privilegiando la creazione di una struttura solida ed essenziale in grado di essere da subito ben riconoscibile

dal cittadino e di proporsi quale punto certo di riferimento per la comunità e alternativa al ricorso improprio all'ospedalizzazione.

L'AFT è composta in prima applicazione da medici di medicina generale che lavorano in coordinamento con i medici di continuità assistenziale. A seguito di futuri accordi stipulati in sede nazionale, le AFT potranno essere composte anche dai medici di continuità assistenziale e PLS.

I criteri di scelta del medico da parte del cittadino restano quelli previsti dall'ACN in vigore. Gli assistiti sono tutti i pazienti che hanno scelto i medici appartenenti alla AFT indipendentemente dalla residenza.

3.4 Organizzazione dell'AFT

3.4.1 Le AFT hanno funzioni organizzative e di sviluppo del governo clinico che si realizza mediante il coordinamento tra le forme organizzative dei medici in essa presenti.

3.4.2 L'adesione all'AFT da parte dell'MMG è obbligatoria entro il 30/09/2016.

La stessa comporta lo svolgimento dei seguenti compiti:

- presenza agli incontri di monitoraggio dell'attività, riconosciuti quale aggiornamento obbligatorio;
- formazione;
- adesione alle iniziative di cui al paragrafo 1. del presente accordo;
- favorire l'adesione ai Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali attualmente esistenti, , in collaborazione con l'Ospedale di riferimento;
- creazione di percorsi con la medicina specialistica sia convenzionata che ospedaliera per la condivisione di criteri di appropriatezza (priorità, quesito clinico);
- audit sull'attività prescrittiva in funzione degli obiettivi (specialistica, diagnostica strumentale, farmaceutica, con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto) - intensificazione della frequenza di trasmissione dei report.

Lo svolgimento di tali compiti viene verificato da parte del Direttore Distretto e dell' UDMG.

3.4.3 All'interno dell'AFT dovrà essere organizzata una sede di coordinamento. La sede del coordinamento della AFT deve essere collocata in una struttura idonea e autorizzata secondo la normativa vigente. L'avvio della sede di coordinamento da parte dell'AAS, avviene in accordo con il comitato ex art.23.

Tale sede potrà coincidere con quella di un Centro di Assistenza Primaria, ove costituito, o potrà essere sviluppata in strutture idonee.

In fase di avvio il Direttore di Distretto, in accordo con tutti i componenti dell'UDMG, propone alla Direzione aziendale entro tre mesi dall'esecutività del presente AIR, una soluzione organizzativa e logistica per la sede di coordinamento che consenta di garantire il raggiungimento degli obiettivi più avanti specificati. Le Direzioni delle AAS sulla base delle proposte di cui sopra deliberano entro sessanta giorni l'individuazione delle sedi, sentito il comitato ex art.23.

3.4.4 Nella sede opererà il coordinatore dell'AFT di cui al punto successivo, scelto tra i medici convenzionati dell'AFT, eletto dagli stessi MMG e nominato dall'AAS entro il 30.09.2016. Sino alla definizione di tutte le sue funzioni e del compenso, il compito del coordinamento viene affidato alla UDMG, per tutte le AFT del distretto di competenza. Le funzioni della UDMG relativamente ai compiti di coordinamento delle AFT cesseranno in corrispondenza della nomina del coordinatore dell'AFT. Pertanto il

nuovo UDMG risulterà composto dal componente di diritto, affiancato dai coordinatori delle AFT del Distretto. Rimangono invariate le vigenti disposizioni che riguardano l'UDMG.

La relazione fra Distretto e AFT deve prevedere:

- formale condivisione della programmazione distrettuale e delle modalità di gestione delle attività che coinvolgono i MMG;
- partecipazione attiva (con il Medico coordinatore dell'AFT) al processo di programmazione nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria del Piano di zona e all'implementazione delle relative progettualità.

Sarà presente nella sede di coordinamento n. 1 collaboratore di studio-equivalente in posizione di comando o fornito dai MMG con oneri diretti ed indiretti a carico dell'Azienda, il quale assicurerà, secondo le indicazioni impartite dal coordinatore AFT:

- l'attività relativa alla medicina di iniziativa, vale a dire esercitando un'azione sistematica di contatto con i cittadini da invitare ai controlli presso gli studi dei MMG aderenti all'AFT;
- altre attività di segreteria secondo modalità stabilite dal coordinatore nei riguardi dell'intera AFT e destinate prioritariamente agli MMG che non hanno personale. Tale collaboratore potrà essere rappresentato anche da una figura infermieristica.

Fermi restando gli obblighi già esistenti, i MMG delle Medicine di Gruppo Integrate prima, e progressivamente tutti i MMG dell'AFT dovranno essere collegati informaticamente con la sede centrale e l'AAS, con oneri a carico dell'AAS.

Tale organizzazione sanitaria dell'AFT garantirà una migliore continuità assistenziale ai cittadini affetti da patologie gravi e croniche ad alto rischio di ricovero ospedaliero.

Sarà quindi auspicabile nella sede dell'AFT l'interazione con i servizi infermieristici, oltre alla rete informatica che garantisca la continuità dell'assistenza, l'analisi epidemiologica e l'efficacia del governo clinico finalizzata al miglioramento delle cure e alla permanenza a domicilio in tutti i casi in cui ciò sia possibile ed appropriato.

3.5 Il coordinatore

Il coordinatore dovrà essere insediato entro il 30.09.2016

Funzioni, ruolo, modalità di accesso, incompatibilità, massimali richiesti e compenso per la funzione di Coordinatore di AFT saranno oggetto di apposita regolamentazione condivisa tra la Regione e le OOSS.

Fino all'insediamento del Coordinatore di AFT, gli attuali MMG componenti dell'UDMG assumono la funzione di avvio e coordinamento delle AFT, senza oneri aggiuntivi. All'UDMG possono fare riferimento organizzativo tutte le AFT che insistono nel territorio distrettuale di competenza.

3.6 Il sistema informativo

Il sistema informatico dovrà essere in grado di costituire, nel rispetto della legislazione sulla privacy, un database informativo con le informazioni/cartelle cliniche di tutti gli assistiti dei MMG che partecipano all'AFT e dovrà essere utilizzato da tutti i medici dell'AFT.

Fermo restando che i collegamenti informatici tra i MMG attualmente in Medicina di gruppo o medicina in rete permangono a carico dei singoli MMG, gli oneri di collegamento tra i MMG dell'AFT con la sede centrale, compresa la manutenzione e l'assistenza, di cui al punto 3.4.3 e le AAS e l'indennità di rete clinica saranno a carico di queste ultime. Per un efficace scambio di informazione tra i MMG dell'AFT la regione stanziava un rimborso pari a TRE volte la quota nazionale prevista per l'informatizzazione, a copertura dei maggiori costi sostenuti per l'invio della ricetta elettronica e il FSE.

3.7 Compenso

- A fronte degli impegni di cui al punto 3.6 e della messa a regime del progetto DEM FVG, l'indennità di collaborazione informatica di cui all'art. 59 lettera B punto 11 dell'ACN 2005 e succ. mod. è triplicata a decorrere dal 01.01.2015.

- A fronte dello svolgimento dei compiti di cui al punto 3.4.2 i MMG aderenti alle AFT sono remunerati con un compenso annuo forfettario di Euro tre per assistito.

- La spesa del personale e della sede della singola AFT fa carico alle Aziende Sanitarie di riferimento. L'indennità per il personale di studio di ciascun professionista in carico al 31.12.2013 continua ad essere assicurata secondo le previsioni contrattuali vigenti.

Le quote di rimborso per il personale di studio previste dall'AIR 2005 e successivi vengono mantenute e pertanto qualora un Medico avente diritto cessi la sua attività o rinunci al collaboratore, tale quota deve essere erogata ad altro medico richiedente della medesima AAS, secondo criteri definiti nell'allegato (da fare). Per garantire pari livelli assistenziali a tutti i cittadini, la Regione si impegna a reperire finanziamenti idonei a raggiungere l'attribuzione di personale di studio a tutti i MMG.

- Le domande di adesione all'AFT vengono accolte dal distretto di competenza e inviate alla Direzione dell'AAS. Entro 30 gg dalla ricezione le domande vengono registrate dalle Aziende ai fini dei provvedimenti di competenza.

5. APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE - ART. 27 ACN

La Regione Friuli Venezia Giulia riconosce il ruolo fondamentale della figura del MMG quale professionista in grado di fornire assistenza in modo integrato ai cittadini.

Nel presente accordo, gli aspetti della appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse presi in considerazione vengono suddivisi in quattro principali settori:

- a. sanità d'iniziativa
- b. la farmaceutica
- c. la specialistica
- d. i ricoveri

Gli obiettivi che riguardano l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica devono essere ottenuti esclusivamente attraverso esercizio di stili prescrittivi basati sull'evidenza scientifica, sull'uso preferenziale di farmaci che, a parità di qualità ed efficacia, abbiano un prezzo più basso, sull'uso dei farmaci a brevetto scaduto.

Gli obiettivi che riguardano un ottimale utilizzo della medicina specialistica si basano sulla valorizzazione delle vocazioni esistenti all'interno dell'AFT potenzialmente in grado di ridurre il ricorso alla medicina specialistica.

Gli obiettivi sulla riduzione dei ricoveri, per gli aspetti di competenza, potranno essere perseguiti attraverso una serie di azioni, quali:

- Promozione dell'assistenza domiciliare;
- Promozione delle vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica;
- Particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri degli ospiti dei Centri Servizi (Case di Riposo) anche attraverso una valutazione degli stessi, la riorganizzazione del lavoro medico, il miglioramento della comunicazione con i Medici di Continuità Assistenziale e con il personale di assistenza;
- Promozione del mantenimento a domicilio dei pazienti oncologici anche terminali, attraverso una più efficace utilizzo delle Cure Palliative.

6. LA NUOVA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (MGI)

La nuova medicina di gruppo integrata (MGI) ha la finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. La MGI è di norma composta da almeno 6 MMG, salvo casi particolari derivanti da specificità geografiche e demografiche.

La MGI deve integrarsi con la continuità assistenziale per la copertura assistenziale di sette giorni su sette alla settimana al fine di garantire l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, la gestione del fascicolo sanitario elettronico, l'adozione di percorsi assistenziali condivisi.

La medicina di gruppo integrata si realizza attraverso due modalità principali: attivazione di una sede unica oppure articolazione in più sedi per garantire una capillarità territoriale (MGI diffusa); in entrambi i casi la MGI è costituita come previsto dalla LR 17/2014, art 20.

La Medicina di gruppo integrata ha le seguenti caratteristiche:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- garantisce i livelli di assistenza concordati, misurabili attraverso opportuni indicatori condivisi;
- realizza programmi di promozione della salute, di prevenzione e assiste la popolazione servita con riferimento a percorsi assistenziali condivisi e basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e contribuisce a rilevare i bisogni di salute della popolazione;
- contribuisce ad intercettare la fragilità dando risposte appropriate;
- è connessa con il sistema informativo aziendale e regionale.

I medici che compongono la MGI fanno parte della stessa AFT. Non osta invece alla costituzione della MGI l'appartenenza ad ambiti ottimali diversi, nella stessa AFT.

Per realizzare queste funzioni di medicina di gruppo integrata i Medici assicurano :

- l'apertura di una sede unica per almeno 8 ore al giorno o l'adesione al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da assicurare un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana;
- di svolgere la propria attività di studio anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo per prestazioni indifferibili, qualora il medico titolare della scelta sia impossibilitato a prestare la prestazione richiesta;
- di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale;
- di gestire il fascicolo sanitario elettronico secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali;
- di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo; tali oneri sono a carico del MMG;
- di utilizzare sistemi di comunicazione informatica condivisi per la gestione di dati clinici e l'esecuzione di prestazioni in collegamento con le strutture dell'Azienda sanitaria, con oneri a carico dell'AAS;
- di adottare percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria in sede di Comitato aziendale ex art. 23 sulla base di accordi regionali e aziendali.

Per tali attività viene corrisposto al MMG il compenso forfettario annuo di 12,00 euro/assistito ad avvenuta attivazione, autorizzata dall'AAS di competenza, della nuova MGI. Tale compenso è aggiuntivo a quanto previsto per le attività delle AFT.

La costituzione ed adesione alla MGI è avviata su iniziativa dei MMG; la nuova costituzione o modifica delle precedenti viene inviata alla AAS di competenza con allegato l'atto di costituzione, secondo modulistica predisposta dalla Direzione Centrale in sede di Comitato ex art.24. Le domande verranno vagliate dal gruppo tecnico del Comitato regionale entro 90 gg dalla loro presentazione, secondo i seguenti criteri: trasformazione prioritaria delle associazioni preesistenti, uniforme distribuzione sul territorio, crescita omogenea dei tetti di copertura e per ultimo criterio di presentazione temporale.

Per il periodo transitorio fino al 30.06.2017 si prevede la trasformazione in MGI delle MG esistenti, più un ulteriore 15% della popolazione assistita dalle nuove forme aggregative. Obiettivo regionale è di raggiungere gradualmente la totalità degli assistiti, modulandolo nel tempo.

La dimensione della MGI può coincidere con quella dell'AFT. Potrà anche coincidere con la sede di una CAP ove esistente.

Le medicine di gruppo preesistenti entro il 30.06.2017 devono trasformarsi nelle nuove forme di medicina di gruppo integrata (MGI) di cui al presente accordo regionale, pena la contestuale cessazione delle relative indennità, tenuto conto di eventuali deroghe da valutare in sede di Comitato regionale ex art. 24. Le altre forme preesistenti ex art. 54 dell'ACN attualmente in vigore (medicina di rete, associazionismo semplice, medico singolo) dovranno cessare entro il 31/12/2018.

Possono pertanto coesistere con la Medicina di Gruppo Integrata (MGI), in prima applicazione, la Medicina di gruppo sino al 30.06.2017, e le altre forme associative o singole previste dall'art. 54 dell'ACN in vigore sino al 31.12.2018. Tali medicine di gruppo si evolvono con gradualità. I MMG impegnati nelle forme associative contemplate dall'ACN vigente sono comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative della normativa regionale vigente.

E' prevista la possibilità di ricollocazione di medici tra gruppi (a isorisorse), senza la necessità di ripresentare domanda di costituzione ma con semplice domanda di reintegrazione:

- per migliorare le percentuali di assistiti residenti nel territorio di appartenenza,
- in caso di quiescenza, interruzione o perdita della convenzione, decadimento volontario di uno o più medici appartenenti al gruppo,
- passaggio ad altre forme associative.

Con il presente accordo viene messo a disposizione per ciascuna AAS un budget pari a 3,00 €/anno/paziente in carico per progetti di ampliamento dell'offerta assistenziale, da parte delle MGI da concordare ed approvare con le OO.SS. nei rispettivi Comitati Aziendali (fondo integrabile con eventuali stanziamenti Aziendali derivanti da progettazioni già in essere). Il maggior impegno derivante verrà remunerato:

- tramite compenso a quota oraria,
- tramite l'incremento della quota capitaria, nel caso di coordinamento degli orari di apertura.

7. CAP CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il Centro di assistenza primaria che nel SSR svolge le funzioni dell'Unità complessa delle Cure Primarie, secondo quanto previsto dalla LR. 17/14, è costituito dall'aggregazione di MMG, di specialisti e di personale e di servizi che operano nella stessa sede. Le sedi devono essere adeguate dal punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico e collegate mediante adeguati strumenti informatici con gli

eventuali ambulatori periferici dei MMG e con le altre strutture dell'Azienda sanitaria. Le dotazioni strutturali, tecnologiche, strumentali e di personale sono assicurate dalle Aziende sanitarie previo accordi regionali ed aziendali che possono anche prevedere il meccanismo del rimborso degli oneri sostenuti dai professionisti preposti all'assistenza primaria.

Il Centro di assistenza primaria ha un bacino di utenza di norma compreso tra i 20.000 e i 30.000 abitanti, si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie.

Sulla base delle "Linee di gestione del SSR 2015" la parte pubblica e sindacale ritengono vada fatta un'attenta valutazione delle strutture disponibili, delle risorse, delle reali necessità epidemiologiche e delle realtà associative locali dei MMG. La costituzione e la localizzazione dei CAP devono perseguire obiettivi di appropriatezza delle cure e non di mera espansione dell'offerta. Allo stato attuale vanno garantiti di norma i CAP previsti dalla LR. 17/14 e dagli atti conseguenti. In una fase provvisoria possono essere costituiti CAP che rispondano anche solo parzialmente a quanto previsto dalla LR. 17/14, in considerazione di particolari esigenze e situazioni locali.

- I MMG prestano volontariamente nel CAP la propria attività a favore dei propri iscritti e di quelli dei medici che fanno parte dei gruppi partecipanti al CAP;
- Nel CAP sono altresì presenti MMG, a indennità oraria, che prestano assistenza a tutti i pazienti afferenti al CAP per zona di competenza secondo il setting della medicina generale, salvo specifiche deroghe per particolari situazioni logistiche;
- Viene garantita l'apertura per 12 ore diurne (8-20) nei giorni lavorativi e 2 ore (8-10) nei sabati o prefestivi.

Inoltre per assecondare necessità locali dettate da motivi logistici ed organizzativi, le AAS possono prevedere forme idonee ad incrementare l'assistenza agli utenti, mediante stipula di accordi tra le OO.SS. della Medicina generale in sede di Comitato Aziendale ex art. 23.

8. PRESIDI OSPEDALIERI PER LA SALUTE

I Presidi ospedalieri per la salute verranno istituiti in base alle esigenze rilevate in sede Aziendale, tramite accordi demandati al Comitato Aziendale ex art.23, tenendo conto di quanto previsto dal Decreto 70, del 2 Aprile 2015, pubblicato sulla GU n.127 del 04.06.2015 che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

9. OBIETTIVI ASSISTENZIALI E GESTIONALI

Tutti i MMG dal momento dell'adesione all'accordo potranno partecipare al conseguimento degli obiettivi previsti e di seguito riportati: è previsto un incentivo economico fino a 8,00 euro/anno per assistito commisurato al raggiungimento di tali obiettivi. Gli obiettivi verranno stabiliti tramite concertazione tra Regione ed OOSS in sede di Comitato Regionale ex art. 24.

Azioni	Indicatori	Obiettivi	Incentivo per assistito/anno
Modifica degli stili di vita	Raccolta informazioni su abitudine fumo/alcool/BMI		1,00 euro
Supporto dei programmi di prevenzione regionale	Supporto agli screening oncologici, adesione		1,00 euro
	Campagna vaccinale		1,50 euro
Medicina di iniziativa: monitoraggio Diabete	Prevalenza, HbA1c, fundus, AER		2,00 euro
Appropriatezza uso farmaci	Rispetto della misura di spesa farmaceutica pro capite standardizzata		2,50 euro

Gli incentivi vanno divisi in due parti: la prima pari al 70% del totale verrà corrisposta al medico che avrà registrato un miglioramento della propria performance rispetto all'anno precedente ed attribuendo il rimanente 30% al raggiungimento del target regionale.

L'Amministrazione regionale può identificare nuovi obiettivi e relative quote di finanziamento previo accordo in sede di Comitato Regionale ex art.24

10. RISORSE ECONOMICHE

La sostenibilità economica del presente accordo esita dalla puntuale applicazione delle modifiche ed integrazioni previste dalla Legge regionale n.20 del 6 agosto 2015 art.8.

- Gli oneri per il rimborso totale dei costi sostenuti per il personale di studio ammontano a euro 272.557,54 (a tutto il 31.12.2013 con residui del Fondo ponderazione nella disponibilità dei bilanci Aziendali); agli indicati interventi si fa fronte, sino alla loro concorrenza, con la somma di euro 3.000.000,00 disponibili per gli esercizi 2014 - 2015 a titolo di risorse per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovra aziendali);
- Gli oneri necessari per la perequazione economica dei rimborsi per le spese sostenute per le forme associative ammontano ad euro 1.770.914,00 nella disponibilità dei bilanci aziendali;
- Gli oneri per l'adesione alle costituende AFT e al raggiungimento degli indicati obiettivi ammontano ad euro 3.232.374,00 (euro 3,00 x 1.077.458 - assistiti al 31.12.2014) e costituiscono impegno finanziario nell'esercizio del 2016.

L'incentivo pari a euro 8,00 per assistito/ANNO (pari ad euro 8.619.664,00 comprensivo del fondo specifici programmi) viene erogato coerentemente con gli obiettivi assegnati alle cadenze temporali indicate nel periodo di vigenza del presente Accordo.

In attuazione dell'art. 20 della Legge regionale n.17/2014 il presente Accordo realizza la progressività nella sostituzione delle attuali forme associative con l'organizzazione dell'Assistenza primaria quivi prevista ed assicura, ad invarianza di spesa, le modifiche strutturali indicate.

Il presente Accordo ha effetto:

- quanto alla perequazione economica delle forme associative attivate a tutto il 31.12.2013 dall'01.01.2014;
- quanto alle modifiche organizzative e funzionali (AFT, medicina integrata e continuità assistenziale) dall'01.01.2016.

L'Accordo scade il 31.12.2018 e si intende modificato ed integrato automaticamente dalle a norme e/o dalle clausole previsioni contrattuali nazionali che si rivelassero eventualmente incompatibili. con l'articolato stesso.

In attesa delle indicazioni che saranno definite dal nuovo ACN, l'ammontare dell'importo annuo destinato all'organizzazione dell'assistenza medica primaria ed alle attività finanziate tramite i fondi contrattuali, ammonta , per l'anno 2015, a euro così costituiti:

- a) fondi storicizzati per "Qualità dell'assistenza" e "Specifici programmi" iscritti nei bilanci delle

Aziende Sanitarie euro _____

- b) fondi ex AIA stanziati nei bilanci delle Aziende Sanitarie

euro _____

- c) fondi regionali da ripartire alle Aziende Sanitarie per la stabilizzazione dell'associazionismo al 31.12.2014 e per lo sviluppo e andata a regime del nuovo assetto

delle cure primarie euro 3.000.000 +.....

Eventuali residui avanzati dalle gestioni precedenti al 2015, accantonati nei bilanci delle Aziende Sanitarie e/o in quello della Regione, possono essere impiegati “una tantum” su programmi e attività condivise fra le parti. Devono in particolare essere prioritariamente impiegati per la definitiva stabilizzazione delle forme organizzative già in essere costituite secondo le modalità previste all’art. 59 lettera B dell’ACN in seguito all’AIR 2005 DGR 269/2006.

Il Fondo per lo sviluppo dell’assistenza sanitaria, come sopra costituito, viene prioritariamente destinato:

- a) Accordi vigenti su attività e associazionismo comprensivo della stabilizzazione a regime delle modalità organizzative ex articolo 59, lett. B del vigente ACN come rilevati al 31.12.2013 come previsto dall’art.8 LR 23/2013.
- b) Ai nuovo compensi e/o rimodulazione di quelli esistenti, finalizzati all’adesione alle AFT e per l’introduzione e/o integrazione dei nuovi obiettivi di salute.

La fase avviata dal presente AIR operativo deve intendersi sperimentale e pertanto con atti aggiuntivi al presente atto potranno essere apportate eventuali modifiche dispositive.

Con deliberazione della Giunta Regionale sono disciplinate le modalità organizzative e i criteri per la valutazione della sperimentazione d’intesa con i Comitati Regionali di cui all’art. 24 dell’accordo collettivo nazionale unico ai sensi dell’art 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive integrazioni per la medicina generale e tenuto conto di quanto previsto dall’art. 26 ter dell’Accordo collettivo nazionale per la medicina generale e successive integrazioni.

Entro il corrente anno la Regione si impegna a definire le modalità di implementazione del sistema informativo atto a mettere in comune le informazioni cliniche tra i professionisti partecipanti all’aggregazione funzionale.