REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 269 DD. 20 FEBBRAIO 2006

Accordo integrativo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale inerente al quinquennio 2001-2005

15 Dicembre 2005

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Accordo integrativo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale inerente al quinquennio 2001-2005 reso esecutivo in data 23 marzo 2005 mediante intesa nella Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 2-nonies della legge n. 138/2004.

Il Comitato regionale, di cui all'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005 (di seguito denominato ACN), istituito con decreto del Presidente della Regione 21 settembre 2005, n. 0319/Pres., riunito, in data 15 dicembre 2005, presso la sede del Consiglio regionale, piazza Oberdan n. 6, Trieste, esaminati gli elaborati predisposti dal Gruppo di lavoro - istituito con l'anzidetto decreto presidenziale - ne condivide il contenuto e, sulla base di essi, addiviene alla stipula del seguente Accordo integrativo regionale (di seguito denominato AIR).

Aspetti generali

Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (art.46 e art. 59, lett. B, punti 1, 2 e 3. dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, di seguito denominato ACN).

Meccanismo di gestione del fondo

1. Il fondo è definito, annualmente, sulla base del numero degli assistiti in carico, integrato con quote relative alle persone che risultano temporaneamente senza scelta del medico.
Per il 2005 tale numero viene fissato in 6.000 unità a livello regionale e suddiviso proporzionalmente tra le Aziende.
Il numero degli assistiti per il calcolo del fondo viene determinato al 31 dicembre dell'anno precedente a quello considerato, sulla base degli assistiti effettivi dei medici di medicina generale (MMG). Per il 2005 il numero di assistiti è quello indicato nella seguente tabella :

ETA'	00-13	14-64	65- W	TOTALE	Totale aggiustato
Ass1	2.837	149.202	63.487	215.526	216.715
Ass2	2.163	90.671	32.708	125.542	126.235
Ass3	2.370	49.654	16.138	68.162	68.538
Ass4	10.077	228.429	73.363	311.869	313.590
Ass5	4.413	71.541	22.838	98.792	99.337
Ass6	10.156	198.821	58.361	267.338	268.813
TOTALE	32.016	788.318	266.895	1.087.229	1.093.229

2. Entro 6 mesi dalla firma del presente accordo le Aziende svolgeranno l'analisi sugli assistiti che non risultano in carico a nessun medico per verificarne il numero effettivo.
3. Come previsto dall'ACN, a decorrere dal 1° gennaio 2005, è costituito il Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (artt. 46 e 59 cit.), a destinazione vincolata. Di tale fondo c'è evidenza nei bilanci delle Aziende sanitarie, secondo le indicazioni tecniche definite dall'Agenzia regionale della sanità (ARS).
4. Come previsto dall'ACN, la parte dei fondi non utilizzata sarà messa a disposizione per l'impiego dei residui negli anni successivi.
5. Allo scopo di monitorare l'andamento del fondo e delle sue modalità di impiego, l'ARS include, nel monitoraggio mensile attuale, anche la voce del fondo inerente all'assistenza primaria ed ai parametri ad esso collegati. I dati saranno comunicati ai componenti del Comitato regionale.

Rapporto ottimale MMG (art. 33, comma 9, ACN)

Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300, superiore a 650.
In situazioni particolari, quali, ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate, dal Comitato regionale, su richiesta delle Aziende interessate.

Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti, secondo i nuovi parametri, entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo.
Il Gruppo di lavoro regionale (istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005) valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di cui all'art 24 dell'ACN.

In attesa della definitiva riorganizzazione sono sospesi i nuovi insediamenti per le zone carenti.

Continuità assistenziale rapporto ottimale - (art. 64 comma 2, ACN)

Le parti, constatato che in alcune aree della Regione e in particolare nelle aree urbane sono presenti difficoltà di erogazione adeguata del servizio di continuità assistenziale, a causa dell'elevato numero di residenti in carico a ciascuna sede, concordano, al fine di migliorare l'attuale rapporto ottimale, quanto segue.
Ciascuna Azienda effettuerà entro 45 giorni dalla richiesta del Comitato regionale l'analisi e la proposta per la ridefinizione delle sedi e del numero dei medici da impiegare a partire dai centri con popolazione superiore ai 10.000 abitanti. La proposta sarà trasmessa, entro tale termine, al Comitato regionale che si esprimerà entro 45 giorni.

Allo scopo di garantire i livelli di assistenza e la capillarità del servizio in essere sono mantenuti tutte le sedi e il personale di continuità assistenziale in servizio alla data del 23 Marzo 2005.

Continuità assistenziale : estensione indennità per "superfestivi" - copertura assicurativa - indennità oraria.

Le parti ritengono di ampliare il numero dei giorni superfestivi, aggiungendo, a quelli contemplati dal precedente A.I.R. (31 dicembre, 1° gennaio, 6 gennaio, Pasqua e

Pasquetta, 15 agosto, 1° novembre e 25 e 26 dicembre), le giornate del 25 aprile, del 1° maggio e dell'8 dicembre. Le parti ritengono, inoltre, di estendere ai turni dei prefestivi collegati a tutte le anzidette giornate (30 dicembre, 5 gennaio, Sabato Santo, 24 aprile, 30 aprile, 14 agosto, 31 ottobre, 7 dicembre e 24 dicembre) l'indennità di € 100,00 per turno.

Il Centro Servizi Condivisi (CSC) produce, entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo, una proposta, a valenza regionale, per la copertura assicurativa dei medici di continuità assistenziale contro eventuali danni subiti da terzi nello svolgimento dei compiti e delle attività previste dall'ACN, dall'AIR o da accordi aziendali.

Per i compiti di cui al presente accordo, l'indennità oraria da corrispondere su tutte le ore lavorate di € 0,90, prevista dal precedente AIR, è portata a € 3,00.

PRIORITÀ E OBIETTIVI

Per quanto riguarda le finalità strategiche e gli obiettivi che la Regione Friuli Venezia si propone di perseguire in relazione alle cure primarie, le parti considerano le seguenti aree individuate sulla base del "Mandato per l'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale**"** dell'Assessore alla salute e protezione sociale.

AREA 1

Il miglioramento dell'organizzazione del lavoro del medico e dell'accessibilità agli studi si concretizza nei seguenti obiettivi:
1 - sostegno all'associazionismo (in particolare medicina di gruppo e medicina in rete, dove possibile, o altre forme associative qualora le caratteristiche territoriali o organizzative non consentano la realizzazione delle anzidette forme associative);
2 - incentivazione all'impiego di personale infermieristico e di collaborazione alla gestione dello studio;
3 -diffusione dell'informatizzazione.

Obiettivo 1

Incremento delle forme di associazionismo di gruppo e in rete

La medicina di gruppo è la forma associativa che maggiormente risponde all'esigenza di facilitare i rapporti con il cittadino, migliora il livello qualitativo e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, il coordinamento funzionale tra medici di medicina generale e la fruibilità dei servizi da parte del cittadino. E'obiettivo regionale l'incremento progressivo della percentuale di assistiti da MMG in gruppo e, quindi, dei MMG associati nella medicina di gruppo.

A partire da marzo 2006, il Comitato regionale di cui all'art 24 dell'ACN, tramite il Gruppo di lavoro, trimestralmente esaminerà la percentuale delle nuove richieste di costituzione delle forme associative in rete ed in gruppo e ridefinirà il successivo tetto da raggiungere.

Le domande verranno vagliate dal Gruppo di lavoro **entro 45 giorni.**

Alla scadenza di tale termine vige la regola del silenzio - assenso.

Obiettivo tendenziale regionale nel triennio: il 45% di forme associative di gruppo e in rete, compatibilmente con la consistenza del fondo.

Ai fini del riconoscimento dello status associativo, qualora il numero di domande sia eccedente rispetto ai tetti stabiliti varrà, come criterio di scelta, la data di presentazione dell'atto costitutivo.

Al momento attuale non è possibile prevedere, con precisione, le percentuali che saranno raggiunte dalle voci dell'AIR di seguito elencate. In attesa di tale analisi si stabilisce quanto segue:

medicina in associazione (art 54 , comma 7)

Le Aziende non possono accogliere atti costitutivi di medicina in associazione, presentati dopo la sottoscrizione del presente accordo, né dare corso, sempre in relazione a tale forma associativa, agli atti costitutivi giacenti né accogliere istanze di adesione che incrementino il numero degli associati.

Il passaggio dalla medicina in associazione alla medicina in rete o alla medicina di gruppo comporta la corrispondente riduzione del tetto percentuale della medicina in associazione.

Se il passaggio non riguarda tutti gli associati, ai medici di medicina generale, che non aderiscono alla nuova forma associativa (di gruppo o in rete), è garantito il diritto allo status esistente**,** purché aderiscano o diano luogo a forme associative miste se decadono le condizioni previste dall'art. 54, comma 7, dell'ACN**.**

Altre forme associative

Sono ammesse forme di associazionismo misto, derivanti dalla combinazione tra le varie forme associative previste dall'ACN.

Le valutazioni di congruità, di tali forme, sono demandate al Comitato regionale che si esprimerà entro 45 giorni dal ricevimento della richiesta.

In mancanza di risposta vale il principio del silenzio- assenso.

Regole temporanee

Sono accolti gli atti costitutivi, inerenti alla medicina in rete e alla medicina di gruppo, nonché le dichiarazioni di avvenuta assunzioni relative ai collaboratori di studio e agli infermieri professionali, giacenti. Sono, altresì, accolti gli atti costitutivi che verranno presentati a partire dalla data di stipula del presente accordo fino il 21 gennaio 2006.

In attesa della determinazione dei nuovi modelli le domande saranno presentate sulla scorta della modulistica in vigore con il precedente AIR e comunque rispondenti ai criteri dell'art. 54 dell'ACN e delle ulteriori specifiche di cui al presente accordo.

Le Aziende comunicheranno, al Comitato regionale, entro il 10 febbraio 2006, i dati sulle domande pervenute.

Atti costitutivi giacenti:

a) le associazioni già attivate saranno remunerate dalla data documentata di attivazione;
b) le associazioni che hanno presentato gli atti costitutivi, riservandosi di iniziare l'attività dopo l'approvazione degli stessi, da parte delle Aziende, saranno remunerate dalla data effettiva d'inizio dell'attività.

Per quanto concerne gli atti costitutivi nuovi, presentati tra la sottoscrizione del presente accordo e il 21 gennaio 2006, le relative forme associative saranno remunerate dalla data d'avvio dell'attività, previa valutazione, da parte dell'Azienda, della conformità dell'atto costitutivo alle previsioni dell'Accordo.

Per il passaggio dalla medicina in associazione ad altre forme associative si deroga al termine di 60 giorni, previsto, dal precedente AIR, per lo scioglimento dell'associazione.

Medicina in rete

Fermi restando i criteri generali dell'associazionismo previsti dall'art. 54, comma 4, dell'ACN, la medicina di rete si caratterizza per (art. 54, comma 8 dell'ACN):

- studi non vincolati alla sede unica;
- la gestione della scheda individuale su supporto informatico;
- il collegamento dei sistemi informatici dei medici interessati;
- l'utilizzo di sistemi di comunicazione telematica di tipo informatico;
- la chiusura pomeridiana di uno degli studi non prima delle 19;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza.

Il compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico è fissato in € 7,00.

Si prevede un incremento della percentuale d'assistiti al 31 marzo 2006 fino al 18 %.

Le specifiche tecniche della medicina in rete, in applicazione di quanto previsto dall'ACN, saranno definite, dal Gruppo di lavoro, entro 45 giorni dalla stipula del presente accordo. Le associazioni dovranno adeguarsi a tali specifiche entro 60 giorni dalla comunicazione di esse da parte dell'Azienda.

Si concorda che la medicina in rete possa essere costituita a partire da due associati, dove non sussistano le condizioni sufficienti alla realizzazione di gruppi più numerosi (ad esempio, alla percorribilità, alla situazione orografica, alla difficoltà di reperire medici disponibili ad associarsi, ecc.). Tali associazioni devono essere autorizzate dal Comitato regionale previa verifica della sussistenza delle motivazioni.

Le domande verranno vagliate dal Gruppo di lavoro **entro 45 giorni dalla ricezione.**
In mancanza della comunicazione di recepimento delle stesse agli interessati, da parte del Comitato regionale, vige la regola del silenzio- assenso.

Medicina di gruppo

Fermi restando i criteri generali di cui all'art. 54, comma 4, dell'ACN, la medicina di gruppo si caratterizza per (art. 54, comma 9 dell'ACN):

- la sede unica;
- l'utilizzo d supporti tecnici e di spazi comuni;
- l'utilizzo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune;
- l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
- l'utilizzo di sistemi di comunicazione telematica di tipo informatico;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza;

Il compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico è fissato in € 12,00. Si prevede un incremento della percentuale d'assistiti, entro il 31 marzo 2006, fino al 15%.

Le specifiche tecniche della medicina di gruppo, in applicazione di quelle previste dall'ACN, saranno definite dal gruppo di lavoro entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo. Tra dette specifiche sono prioritari:

- l'avvio, secondo modalità definite in ambito regionale o locale, di prescrizioni con criteri di priorità;
- il monitoraggio, allo scopo della riduzione dell'andamento degli accessi di "codici bianchi" al pronto soccorso. I dati saranno forniti, dalle Aziende, su standard definiti dal gruppo di lavoro e concordati in sede di Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale (UDMG).

Le associazioni dovranno adeguarsi a tali specifiche entro 60 giorni dalla comunicazione di esse da parte dell'Azienda.

Si concorda che la medicina di gruppo possa essere costituita a partire da due associati dove non sussistano le condizioni sufficienti alla realizzazione di gruppi più numerosi (ad esempio, alla percorribilità, alla situazione orografica, alla difficoltà di reperire medici disponibili ad associarsi, ecc.). Tali associazioni devono essere autorizzate dal Comitato regionale previa verifica della sussistenza delle motivazioni.

Le domande verranno vagliate dal Comitato regionale **entro 45 giorni dalla ricezione.**
In mancanza della comunicazione di recepimento delle stesse agli interessati, da parte del Comitato regionale, vige la regola del silenzio- assenso.

Collaboratore di studio

Il compenso annuo per ciascun assistito in carico è fissato in € 12,00.
Si prevede un incremento al 31 marzo 2006 fino al 21% degli assistiti.

Nel corso del 2006 sarà attivato, a cura del Ceformed, sulla base di un programma concordato in sede di Comitato regionale, un corso di formazione obbligatorio per i collaboratori di studio. L'onere del corso sarà a carico del Ceformed mentre le ore di partecipazione a carico dei MMG.

Il medico di medicina generale che si avvale dell'ausilio del collaboratore di studio garantisce:

- la presenza oraria del collaboratore di studio per almeno 10 ore settimanali fino a 1.000 assistiti; la presenza oraria di almeno 15 ore settimanali tra i 1.001 e i 1.500 assistiti;
- la disponibilità del collaboratore a prenotare visite ed esami diagnostici, presso i CUP / call center, per gli assistiti anche in orari differiti rispetto al momento della prescrizione;
- l'accoglimento delle richieste delle visite domiciliari durante l'attività di lavoro ambulatoriale;
- l'organizzazione per appuntamento di almeno parte delle giornate di apertura dello studio.

Le Aziende per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e n. 5 "Bassa Friulana" hanno superato il tetto innanzi previsto del 21% degli assistiti. Pertanto, per perseguire l'omogeneità territoriale, le parti stabiliscono che in tali Aziende venga bloccato l'accoglimento di ulteriori domande sino alle apposite determinazioni del Comitato regionale.

A partire da marzo 2006, il Comitato regionale di cui all' art 24 dell'ACN, tramite il Gruppo di lavoro, esaminerà, trimestralmente, la percentuale delle nuove richieste di assunzione del collaboratore di studio e ridefinirà il successivo tetto da raggiungere.

Obiettivo regionale tendenziale nel triennio è quello di raggiungere almeno il 45% di studi medici organizzati con l'utilizzo del collaboratore di studio, compatibilmente con la consistenza del fondo.

Infermiere professionale

Il compenso annuo per ciascun assistito è fissato in € 12,00.

Il medico di medicina generale che si avvale dell'ausilio dell'infermiere professionale, garantisce la presenza dell'infermiere per almeno 10 ore settimanali fino a 1.000 assistiti; la presenza di almeno 15 ore settimanali tra i 1.001 e i 1.500 assistiti.

Si prevede un incremento del numero di assistiti fino al 31 marzo 2006 del 3%.
Obiettivo tendenziale regionale è quello di raggiungere, nel triennio, almeno il 10% di studi medici organizzati con l'utilizzo dell'infermiere professionale, compatibilmente con la consistenza del fondo.

Obiettivo 2

Qualificazione ed aumento dell'informatizzazione.

Si prevede la progressiva estensione dell'informatizzazione secondo le modalità del progetto specifico che farà parte dell'AIR.

Lo sviluppo dell'informatizzazione sarà attuato secondo i contenuti del documento tecnico che verrà elaborato dal gruppo di lavoro entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

Obiettivo 3

Avvio sperimentale d'altre forme associative innovative nelle sedi ove esistano le condizioni più idonee.

Gli indirizzi della programmazione regionale prevedono un forte rafforzamento del ruolo integrato del Distretto. A tale proposito è possibile che siano elaborate nuove proposte di associazioni tra MMG, ulteriori rispetto a quelle previste all'ACN.

Le proposte inerenti alla costituzione di nuove forme associative, miste o sperimentali, saranno inviate al Comitato regionale per la valutazione che avverrà in conformità degli indirizzi della programmazione regionale.

Il Comitato regionale si esprimerà entro 45 giorni dal ricevimento della proposta, avendo cura di perseguire il massimo sviluppo delle associazioni e il mantenimento dell'omogeneità regionale nella determinazione dei criteri costitutivi.

Le domande verranno vagliate dal Gruppo di lavoro **entro 45 giorni dalla ricezione.**
In mancanza della comunicazione di recepimento delle stesse agli interessati, da parte del Comitato regionale, vige la regola del silenzio- assenso.

AREA 2

Coinvolgimento del medico nel raggiungimento di obiettivi di salute concordati nel Distretto, riguardanti in particolare la gestione delle cure a lungo termine, della continuità delle cure, delle strutture intermedie del territorio (RSA, ospedali di comunità) e l'appropriatezza con particolare riguardo all'assistenza farmaceutica e alle liste d'attesa.

Il fondo per gli obiettivi di tale area è costituito dalla quota dell'AIR 2002, pari a € 3.486.084,07 (quota storica), dal fondo per la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica (DGR 2845 dd. 25.10.2004), dal fondo per la costituzione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e dell' UDMG dal fondo per l'accordo emergenza caldo e da una quota aggiuntiva di € 1.500.000 per il 2005.

Obiettivo 1

Potenziamento del ruolo dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e dell'Ufficio distrettuale per la medicina generale.

E' confermato il ruolo dell'UDMG nella gestione delle problematiche distrettuali.

Il Gruppo di lavoro presenterà, semestralmente, al Comitato regionale, una valutazione sul funzionamento dell'UDMG di ciascun distretto.

Obiettivo 2

Sviluppo dei sistemi d' incentivazione su indicatori e obiettivi di salute e di governo clinico.

a) Vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica

E' compito dell' UDMG monitorare l'andamento della campagna di vaccinazione con il supporto, per quanto di competenza, dei Distretti e dei Dipartimenti di prevenzione.

Ai fini del conteggio delle prestazioni, gli elenchi, inerenti alle vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococciche, che i medici di medicina generale devono inviare alle Aziende sanitarie, conterranno l'indicazione dei nominativi dei soggetti e del periodo d'esecuzione - quindicinale (dal ___ al ____) - nel corso del quale essi sono stati vaccinati. La consegna dei tabulati riassuntivi potrà, comunque, avvenire mensilmente.

Le basi dati, necessarie alla rilevazione epidemiologica, sono trasmesse, con tutte le informazioni necessarie a tale scopo, nei tempi e nei modi che saranno concordati nelle Aziende.

E' consentita la trasmissione informatica dei tabulati, nel rispetto della normativa vigente (tutela dei dati sensibili) e sulla base di standards definiti. Eventuali quesiti sull'argomento dovranno essere rivolti all'Agenzia regionale della sanità.

Il MMG deve, comunque, tenere a disposizione, presso il proprio ambulatorio, le informazioni individuali relative alle vaccinazioni eseguite.

Per ciascuna vaccinazione antinfluenzale o antipneumococcica verrà corrisposto un compenso lordo di € 10,00 per ciascun soggetto di età da 65 anni in poi.

Ai MMG che conseguiranno, sui propri assistiti, dai 65 anni in su, un tasso di copertura, per la vaccinazione antinfluenzale, pari o superiore al 70%, verranno corrisposti, per ciascun assistito vaccinato, € 12,00 (lordi), anziché € 10,00. Nel computo dei vaccinati rientrano sia le vaccinazioni eseguite dal MMG che quelle, comunque, eseguite da altri operatori.

Per l'antipneumococcica lo stesso compenso (€ 10,00) sarà corrisposto per eventuali altre categorie a rischio, individuate dai Piani aziendali 2005.

In caso di documentata carenza di vaccino l'accordo verrà rivisto dal Comitato regionale.
Il compenso per le anzidette vaccinazioni deve essere versato, di norma, mensilmente, entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza;

Il presente accordo regionale sostituisce il precedente sulla campagna vaccinale 2004-2005 (D.G.R. n. 2845 dd. 25.10.2004) ed ha valore sino alla stipula di un nuovo accordo.

A partire dall'anno 2006 dovrà essere attuata la massima omogeneizzazione tra le Aziende sanitarie su obiettivi di copertura vaccinale, modalità operative, scelte dei vaccini e modalità di rendicontazione.

Le Aziende per i servizi sanitari, ferme restando le competenze del Comitato regionale, possono stipulare accordi integrativi di quelli regionali, qualora sia necessario risolvere specifiche problematiche locali.

Si prende atto degli accordi integrativi aziendali, esistenti per la campagna 2005-2006.

Il Comitato regionale si fa garante del monitoraggio e della corretta applicazione degli accordi aziendali.

b) Screening oncologici

In coerenza con quanto previsto dal Piano regionale della prevenzione (DGR 2862 del 7 11 2005)) e dal programma di screening dei tumori della mammella (DGR 2830 del 28 10 2005) si prevede quanto segue.

E' compito del MMG informare la donna sui programmi di screening, sulle modalità di accesso e sull'eventuale percorso di approfondimento.

Al MMG verrà inviato da parte delle Aziende sanitarie, in forma preferibilmente elettronica, l'elenco delle donne invitate e di quelle che non hanno aderito al programma.

Il MMG avrà cura di mettere a disposizione, nel proprio ambulatorio, il materiale informativo dei programmi aziendali e regionali.

Il MMG parteciperà attivamente alle eventuali iniziative pubbliche di promozione dei programmi.

Il MMG acconsente a che, nelle lettere d'invito delle proprie assistite e nelle risposte negative, sia apposta la propria firma.

Il MMG è responsabilizzato per il miglioramento della compliance e perché le donne possano aderire in maniera informata e consapevole agli screening.

Per ciascuna assistita convocata, in base al programma di prevenzione dei tumori della cervice uterina e/o al programma dei tumori della mammella, il MMG riceve un compenso di € 3,00.

Il compenso sarà di norma erogato semestralmente.

Per lo screening della mammella il medico di medicina generale riceve ulteriori € 7,00 per ogni donna che aderisce. Il compenso sarà erogato annualmente entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

Per lo screening dei tumori della cervice uterina tale compenso (€ 7,00) è erogato in funzione del raggiungimento individuale, sulle proprie assistite, di una compliance che migliori gli attuali livelli raggiunti, differenziati per ciascuna Azienda.
Il compenso sarà erogato annualmente entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'attuale compliance è di:

ASS 1	51%
ASS 2	54%
ASS 3	48%
ASS 4	54%
ASS 5	59%

ASS 6 53%
Media regionale: 54%
Allo scopo di migliorare il dato complessivo regionale, alle Aziende dove la compliance è inferiore alla media regionale, è data facoltà di negoziare obiettivi di miglioramento superiori.Le aziende con compliance superiore al 58 % possono negoziare un range di tolleranza del 2%
L'UDMG raccoglie le adesioni prima dell'inizio del programma di screening mammografico. L'adesione può essere espressa anche per via informatica.

c) Indicatori di performance

Ai MMG che aderiranno al programma di valutazione di performance sulla base degli indicatori definiti nelle "Linee di gestione 2005" e dagli atti successivi verrà corrisposto, nel caso di raggiungimento degli obiettivi, l'importo annuo di € 2,00 per assistito.
Le modalità tecniche (scelta degli indicatori, graduazione degli obiettivi, ecc.) saranno definite, entro 90 giorni dalla firma del presente accordo, dal Comitato regionale, su proposta del Gruppo di lavoro. L'adesione è volontaria.
I dati degli indicatori saranno messi a disposizione, dalle Aziende, in forma informatizzata.
Non è previsto alcun onere di compilazione di moduli o rendiconti da parte del MMG.

Sono fatti salvi gli accordi vigenti fino alla scadenza naturale.

Obiettivo 3

Sviluppo di sistemi di governo delle liste di attesa.

Nel corso del 2006 verrà attivata l'applicazione dei criteri di priorità regionali o locali (dopo validazione regionale) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche critiche.

I MMG, delegati dalle OOSS, parteciperanno ai gruppi tecnici regionali, aziendali e di UDMG previsti dalle linee di gestione e dai programmi di governo clinico gestiti dall'ARS.

Obiettivo 4

Assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza domiciliare programmata (ADP) e prestazioni aggiuntive

Allo scopo di favorire la presa in carico complessiva dell'assistito e la continuità delle cure l'erogazione di ADI e ADP potrà avvenire in due forme:

1 - a prestazione o accesso, come avviene attualmente;
2 - a caso preso in carico.

Entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo il gruppo di lavoro definirà una proposta operativa da sottoporre al Comitato regionale.

AREA 3

Semplificazione e riduzione della burocrazia. Versanti da sviluppare: riduzione del carico burocratico verso l'utenza (certificazioni, ripetizione di ricette, ecc.) e verso le Aziende, (riduzione delle rendicontazioni per prestazione).

Obiettivo 1

E' obiettivo regionale semplificare le procedure che riguardano i cittadini. A tale proposito sono elencate in via preliminare alcune procedure su cui è possibile intervenire da subito. L'ARS si farà carico di raccogliere le segnalazioni provenienti dai MMG per ulteriori temi da affrontare in sede di AIR.
Ove previsto dall'attuale normativa saranno adottati i provvedimenti regionali necessari.

Semplificazione di alcune procedure:

- - Gravidanza: si prevede che il medico possa prescrivere l'intero pacchetto richiesto, fin dal primo accesso, sulla base delle normative vigenti. La proposta operativa verrà redatta dal Gruppo di lavoro entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.
- - Esami per la sterilità di coppia e l'accesso alla procreazione medicalmente assistita. Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo l'ARS, gli specialisti dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e i MMG del gruppo di lavoro definiscono una modalità semplificata di accesso e di prescrizione.
- - I medici di medicina generale partecipano ai gruppi tecnici, attivati dall'ARS, per la definizione concordata di semplificazione e omogeneizzazione delle prescrizioni necessarie per gli esami con mezzo di contrasto e la preparazione ad esami quali colonscopia e clisma opaco.
- - Semplificazione delle prescrizioni d'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (AFIR).

AREA 4

Rapporto con il cittadino. Realizzazione della carta dei servizi. Avvio delle procedure di audit civico come da programmazione regionale. Miglioramento dell'accessibilità attraverso tutte le forme previste dall'ACN. Avvio di un tavolo permanente di confronto tra CittadinanzAttiva, ARS, MMG, Medici di continuità assistenziale (MCA) e Pediatri di libera scelta (PLS).

Obiettivo 1

Il Gruppo di lavoro definisce, entro il primo semestre 2006, nell'ambito del protocollo di intesa ARS - CittadinanzAttiva, i contenuti della Carta dei Servizi della Medicina generale.
Tale attività prevede anche l'istituzione di un tavolo permanente di confronto tra CittadinanzAttiva, ARS, MMG, MCA e PLS, secondo modalità che saranno concordate e che prevedono l'avvio della procedura dell'audit civico in medicina generale.

Emergenza territoriale

Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo il Gruppo di lavoro produce una proposta sull' emergenza territoriale.
I temi prioritari sono:

- l'omogeneizzazione regionale dell' organizzazione, dei diritti e del trattamento economico;

- l'organizzazione della reperibilità;
- la valutazione delle condizioni per l'eventuale inquadramento, nel ruolo sanitario della dirigenza medica del Servizio Sanitario Nazionale, del personale medico incaricato a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 92 dell'ACN.

Nelle more della ridefinizione del Servizio di emergenza sanitaria territoriale e della sua eventuale trasformazione in dipendenza sono fatti salvi gli accordi locali e quello Regionale per l'Emergenza Territoriale attualmente in vigore nonché i relativi compensi integrativi.

****

Rimborso spese per la partecipazione alle riunioni del Comitato regionale, del gruppo tecnico e dei Comitati aziendali.

Per la partecipazione alle riunioni del Comitato regionale, dei gruppi tecnici e dei Comitati aziendali, si concorda la corresponsione, ai componenti di parte medica convenzionati di € 200,00, a titolo di rimborso forfetario, nonché le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione."

****

Norme finali

Gli altri argomenti di competenza dell'AIR saranno definiti tramite successivi accordi.

Il presente accordo ha validità triennale a partire dal 1° gennaio 2005 e resta, comunque, in vigore fino alla stipula del successivo accordo integrativo regionale.

Trieste, 15 dicembre 2005

L'ASSESSORE

_____

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMMG

_____

CUMI-AISS (Federazione Medici)

_____

SIMET (Intesa Sindacale)

_____

FP CGIL medici

_____