

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

Premessa

Il sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna

Il Sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna ha subito profonde trasformazioni negli ultimi dieci anni. Alcuni aspetti fondamentali di tale evoluzione sono riconducibili a:

- evoluzione demografica della popolazione e suo progressivo invecchiamento, particolarmente accentuato in Emilia-Romagna
- parallelo e conseguente mutare del quadro epidemiologico sempre più caratterizzato da patologie di tipo cronico
- incessante sviluppo di nuove tecnologie di tipo diagnostico, terapeutico, riabilitativo che concorre ad allungare la speranza di vita accentuando l'effetto precedentemente citato
- evoluzione delle forme di organizzazione sociale con particolare riferimento alla famiglia e alle sue crescenti difficoltà a garantire significative forme di sicurezza, assistenza, cura ai propri componenti, data la modifica della sua struttura (anziani soli) e la difficoltà di conciliare tempi e obblighi di lavoro e necessità di cura
- presenza crescente di cittadini provenienti da nuovi paesi della Comunità e paesi extracomunitari, esprimenti in generale una domanda di integrazione nel tessuto sociale di accoglienza e in particolare portatori di una gamma variegata di bisogni assistenziali.

Dall'insieme di tali fenomeni, deriva direttamente o indirettamente una domanda di servizi pubblici che sempre più spesso presenta le caratteristiche di una "presa in carico globale" e ciò ha segnato, in particolare, la progressiva insufficienza dell'assistenza ospedaliera, come unica risposta a necessità assistenziali. A questo, la programmazione della Regione Emilia-Romagna ha risposto con una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera ed il progressivo adeguamento e contemporaneo spostamento di risorse verso attività territoriali.

I più recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R. n.29/04) e la prima bozza di Piano Sociale e Sanitario muovono coerentemente verso un obiettivo comune: garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni. La legge 29/2004, tende a completare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo di committenza ed integrazione proprio del Distretto. Fra gli Organismi del Distretto, il P.S.S. punta, in particolare, sul Nucleo delle Cure Primarie (NCP).

I Nuclei di cure primarie attraverso l'azione congiunta di MMG (A.P. e C.A.), PLS, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

In questo contesto i MMG assumono un ruolo fondamentale, in quanto chiamati, non solo alle funzioni di erogazione delle prestazioni, ma anche di partecipazione a quelle di committenza e quindi alla definizione delle decisioni strategiche delle Aziende sanitarie (art. 6 A.C.N.)

Il nuovo ACN, finalizzando le attività della medicina generale alla gestione globale della salute del cittadino, mette a disposizione diverse opportunità per sviluppare questo disegno organizzativo, anche attraverso un'interpretazione condivisa degli istituti normativi dell'ACN, tra OOSS e Parte pubblica, ed un uniforme orientamento applicativo su tutto il territorio regionale, istituendo all'uopo un Osservatorio regionale permanente per monitorare l'attuazione dell'accordo regionale e lo sviluppo dei successivi accordi locali al fine di garantire livelli di attuazione uniforme a norma dell'art 24 comma 4.

La Regione Emilia-Romagna, nel confermare che gli obiettivi di innovazione nella organizzazione e qualificazione dell'assistenza ai cittadini trovano concreta applicazione nel sistema delle cure primarie, promuove un'evoluzione dei NCP, nelle configurazioni strutturali e nel sistema di relazioni, valorizzando l'apporto professionale dei MMG (A.P. e C.A.) e degli altri operatori sanitari. Peraltro, la L.R. 29/04 prevede la partecipazione al Collegio di direzione anche del personale medico convenzionato così riconoscendo le responsabilità assunte dai medici nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza (governo clinico) e nella formulazione di proposte per la organizzazione e lo sviluppo dei servizi, delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Lo spazio della nuova convenzione alle norme demandate alla contrattazione regionale (art.14), rappresenta uno degli strumenti per favorire l'assunzione di ruolo da parte dei MMG, nell'ambito delle cure primarie e realizzare pienamente la struttura organizzativa del distretto e dei nuclei di cure primarie.

Gli Accordi regionali per la medicina generale si pongono come strumento per il governo della domanda di salute dei cittadini, nell'ambito di una programmazione dei servizi, efficiente e sostenibile, finalizzata a fornire le risposte appropriate e con continuità. Individuano le aree prioritarie e i principi di intervento, demandando agli accordi aziendali la definizione di ulteriori azioni in relazione alle esigenze locali.

1. Le aree prioritarie di intervento

Le linee di riferimento per il nuovo piano sociale e sanitario regionale pongono come obiettivi centrali la garanzia per i cittadini della continuità delle cure e dell'appropriatezza dell'assistenza attraverso il nuovo modello organizzativo che prevede:

1. lo sviluppo organizzativo dei nuclei di cure primarie, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del MMG, per le esigenze assistenziali anche urgenti nell'arco delle 24 ore in tutte quelle situazioni in cui non si rende necessario un appropriato ricovero ospedaliero.
2. l'individuazione di aree di autonomia e responsabilità, attraverso un percorso che tenga in giusto conto le caratteristiche proprie del NCP
3. lo sviluppo degli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento della rete informativa anche con gli studi medici (progetto SOLE)
4. lo sviluppo della formazione e della ricerca
5. l'integrazione delle attività professionali sanitarie e sociali

Obiettivo di sviluppo sarà caratterizzare i NCP con una sede di riferimento, tenuto conto delle caratteristiche del territorio, che favorisca l'integrazione dei M.G. (A.P. e C.A.) e PLS con il

servizio infermieristico ed il servizio sociale, a supporto dell'assistenza medica erogata sul territorio. al fine di garantire percorsi condivisi per la continuità assistenziale. Nella stessa sede saranno assicurati l'accesso per l'assistenza sociale, l'assistenza ostetrica e i servizi di base del Dipartimento di Sanità pubblica e del Dipartimento di Salute mentale.

Andranno definite le modalità di integrazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale con i medici di A.P., i Pls, il Sistema dell'emergenza, al fine di creare maggiore sinergia nell'ambito dell'organizzazione del NCP in funzione di un sempre più efficace intervento assistenziale in grado di ottimizzare la risposta alle esigenze di salute dei cittadini. Sempre nell'ambito di percorsi condivisi i cittadini di quell'ambito territoriale potranno rivolgersi anche alla sede di riferimento del NCP, per un problema ambulatoriale urgente e/o per assistenza mirata a determinate patologie. La sede potrà essere individuata, in maniera condivisa in una sede di medicina associata o in uno degli studi di singoli medici.

I MMG (A.P. e C.A.) e Pls potranno svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura.

La responsabilità del nucleo è affidata ad un Coordinatore, individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici operanti nel nucleo, il cui profilo funzionale è definito nell'allegato 3 del presente documento

Attraverso i coordinatori del NCP potranno trovare riconoscimento e sviluppo le peculiari specificità dell'approccio assistenziale della MG, i cui contenuti formativi ed i relativi modelli operativi, decisionali, relazionali ed ambientali non possono essere mutuati o riprodotti dall'esperienza assistenziale ospedaliera.

Le forme associative dei MMG, previste dall'ACN, possono essere considerate funzionali allo sviluppo del NCP. Si ritiene di promuovere, la trasformazione delle forme associative già attivate, verso forme più idonee, allo sviluppo della progettualità dei NCP, senza per altro rinunciare alla capillare presenza del MMG sul territorio.

Il pieno sviluppo delle attività previste per i NCP, la collaborazione professionale tra i MMG, sarà inoltre facilitata anche dalla modifica dell'attuale rapporto ottimale tra MMG ed assistiti (1/1300). Tale scelta, mediata da elementi di flessibilità sulla base di particolari situazioni locali (o altre situazioni valutabili in sede di comitato aziendale), costituisce condizione indispensabile per promuovere la stabilità occupazionale dell'area, con garanzie concrete di lavoro e di guadagno in tempi accettabili per i medici neoinseriti, favorendone così il pieno impegno nell'ambito dei NCP.

A sostegno del predetto modello organizzativo, il progetto SOLE costituisce lo strumento informatico per la realizzazione di una rete integrata finalizzata allo scambio di informazioni, all'interno della quale il medico di medicina generale potrà più compiutamente sviluppare il suo ruolo di riferimento clinico per il trattamento delle patologie più comuni e in particolare l'accompagnamento al paziente affetto da patologie croniche.

L'evoluzione tecnologica pone la necessità di adeguati investimenti atti a garantire lo sviluppo dell'informatizzazione dei M.G. che potrà essere anche occasione per concordare standard e modalità per la tenuta della scheda individuale, per la condivisione di documentazione on-line fra gli studi dello stesso NCP e con l'azienda, nonché per la realizzazione di progetti specifici di natura epidemiologica e di revisione della qualità.

Il MMG, nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario, da parte del cittadino e della sua famiglia, e di osservatore dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni

che è parte fondamentale del processo di cura, in modo integrato e della formazione della committenza.

Sempre al fine di sostenere lo sviluppo evolutivo del NC.P. la formazione dei MMG è uno degli strumenti attraverso i quali si forniscono competenze finalizzate alla appropriatezza clinica oltre che al governo complessivo del sistema delle cure primarie, nonché strumento di promozione dell'integrazione del medico di medicina generale con le altre figure coinvolte nell'assistenza.

Il coordinamento funzionale dell'attività sarà reso possibile anche attraverso la partecipazione dei M.M.G. alle opportunità culturali e professionali connesse con la pratica professionale in forma coordinata ed integrata.

Il Centro regionale di formazione già attivato nella Regione Emilia Romagna dovrà acquisire un ruolo di coordinamento ed indirizzo delle attività di formazione, ricerca e sperimentazione dei MMG nelle diverse realtà aziendali e di promozione per la strutturazione delle attività previste dall'ACN. correlate alle attività formative della medicina generale territoriale, con particolare riferimento a quelle di docenza e di tutoring nell'ambito del tirocinio pre e post laurea così come specificato nella parte normativa (art 20).

2. Gli indirizzi organizzativo-aziendali

- Il presente accordo prevede l'inserimento formale dei MMG dell'ambito territoriale di riferimento nella organizzazione delle aziende sanitarie ai livelli aziendale, distrettuale e dipartimentale di cure primarie, con specifiche attribuzioni e competenze di supporto, consulenza e proposizione alle rispettive figure dirigenziali responsabili in coerenza con quanto previsto oltre che dalla L.R. 29/04 anche dall'art. 4 e 5 dell'ACN. Tali attività di supporto saranno affidate al Referente di Distretto e DCP per la Medicina Generale, il cui profilo funzionale è definito nell'allegato 2 del presente documento.

Il rispetto dei principi dell'appropriatezza sarà reso possibile dalla uniformità, equità e identificabilità delle responsabilità tra tutte le figure professionali coinvolte in ambito aziendale. Attraverso la strutturazione della continuità assistenziale sul territorio, sarà anche possibile sviluppare con il livello ospedaliero e con altri dipartimenti aziendali un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati.

I vincoli del finanziamento nazionale e l'intesa fra Stato e Regioni impongono considerazioni e temi di grande interesse per tutti i professionisti del SSR in special modo sul tema dell'appropriatezza prescrittiva. Gli accordi regionali e aziendali possono trasformare tali vincoli in opportunità di salute per il cittadino e di confronto per MMG, PLS, Specialisti e per tutte le figure professionali che hanno rapporti con il S.S.R, dipendenti, convenzionate ed accreditate. La sicurezza farmacologica del paziente anziano o in politerapia, la valutazione dei rischi legati all'assunzione di farmaci, la raccolta di informazioni su eventi avversi da farmaci, sulle migliori scelte terapeutiche, sull'adesione a corretti stili di vita, sottintendono obiettivi di salute trasversali ai diversi contesti assistenziali che rappresentano opportunità di scambio conoscitivo e formativo.

L'attuazione dei programmi definiti con i MMG all'interno del Dipartimento di cure primarie deve assicurare appropriatezza dei servizi, delle prestazioni e delle procedure attivate. Il

raggiungimento degli obiettivi dovrà essere oggetto di verifica, valutazione ed incentivazione, in analogia al sistema premiante per il raggiungimento degli obiettivi dei medici dipendenti. E' necessario giungere ad operare nell'ambito di risorse preventivamente quantificate, secondo una metodologia di budget che rende espliciti gli obiettivi, le risorse premianti, le fonti e gli indicatori idonei alla valutazione.

3. Gli obiettivi

I progetti faranno riferimento all'area organizzativa, assistenziale e per l'appropriatezza e il governo clinico. Le priorità riguardano:

1. lo sviluppo dei NCP con la definizione di modalità, condivise, per favorire l'integrazione di lavoro con gli altri operatori, e la realizzazione della continuità assistenziale territoriale
2. il rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP, anche attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti
3. l'implementazione del progetto SOLE per le comunicazioni e scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda, attivando i flussi informativi necessari a migliorare la qualità del servizio per la realizzazione di progetti di prevenzione
4. la sperimentazione di progetti che vedono il coinvolgimento di professionisti ed operatori sanitari e sociali .
5. l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti
6. la garanzia della continuità delle cure e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali
7. progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana
8. attività di educazione permanente individuale finalizzata agli stili di vita

I MMG (A.P. C.A) componenti i NCP partecipano alle decisioni generali organizzative del NCP, alla realizzazione degli obiettivi ed alla loro valutazione:

- scambiano informazioni con gli altri professionisti, soprattutto finalizzate alla continuità della cura e all'approfondimento delle conoscenze dello stato di salute nel rispetto delle normative sulla privacy e sul consenso informato
- gestiscono in modo coordinato, all'interno del NCP, l'attività urgente riferita all'assistenza domiciliare h 24 e ambulatoriale h 12, anche con adeguate modalità di accessibilità agli studi
- partecipano ad almeno due incontri annuali per la valutazione dei reports di attività del NCP
- partecipano ad incontri di formazione ed aggiornamento, nell'ambito dell'ECM, all'interno del NCP, finalizzati alla programmazione dei piani assistenziali e valutazione dei risultati
- utilizzano, senza oneri a carico dei singoli medici, le sedi di riferimento e le eventuali attrezzature aziendali, per lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo
- predispongono i piani assistenziali per le ADI complesse, con il supporto dei servizi infermieristici e sociali, utilizzano modelli di cartella clinica integrata informatizzata
- condividono e utilizzano strumenti di lavoro realizzati sulla base delle evidenze di efficacia ed efficienza

- partecipano al funzionamento del progetto Sole.

L'adesione ai NCP è obbligatoria nella forma organizzativa funzionale, come prevista dall'art. 45 comma 3 secondo e terzo capoverso. L'adesione al NCP nella forma organizzativa strutturale così come previsto dal presente accordo (capo 5: evoluzione dei NCP) sarà graduale per quanto previsto nella norma transitoria 3, anche mediante progetti sperimentali, e prevede incentivazione di partecipazione, di funzione e di risultato, in quanto forma organizzativa complessa a norma del 4° capoverso del comma 3 dello stesso art. 45.

L'incentivazione di partecipazione è subordinata all'assunzione di responsabilità da parte del medico, mediante dichiarazione di cui al modello allegato 1 ACR.

4. Il sistema delle risorse

-
L'ACN ha ristrutturato e semplificato le voci che compongono il trattamento economico, finalizzandolo verso un maggior riconoscimento delle prestazioni e del raggiungimento di obiettivi assistenziali programmati.

Con gli accordi regionali ed aziendali, conseguenti al nuovo ACN, la regione indirizza le incentivazioni previste per i MMG al funzionamento del NCP, così come definito nel presente accordo.

5. L'evoluzione dei NCP

-
Nell'ambito del Distretto, i Nuclei di cure primarie sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di cure primarie e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Tale attività si realizzerà come segue:

- § attraverso lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo nelle forme di medicina in rete e medicina di gruppo all'interno dei NCP
- § l'espansione dei supporti informatici
- § l'integrazione con i medici di continuità assistenziale che entreranno a far parte a tutti gli effetti dell'organizzazione dei NCP
- § La possibilità di utilizzo di spazi ambulatoriali messi a disposizione dalle aziende sanitarie, anche con dotazione strumentale per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo livello da parte dei medici di m.g. collegate a specifici progetti aziendali definiti in Comitato Aziendale. (ad esempio ecografia generalista, ecg, holter pressorio ecc.) in coerenza con le procedure del governo clinico, per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, la riduzione delle liste di attesa e della riduzione della mobilità passiva.

Per il pieno funzionamento delle attività dei medici del NCP, si ritengono non più vincolanti i tetti percentuali per le forme associative mediche, per il personale di studio ed infermieristico.

I medici aderenti al medesimo NCP partecipano all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise, indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

L'organizzazione delle figure professionali coinvolte nelle attività dei NCP trova elementi di facilitazione dallo sviluppo delle forme associative che hanno consentito e diffuso metodologie

di lavoro integrato e di valutazione circa la corrispondenza delle attività svolte con gli obiettivi del distretto. Ulteriore sviluppo e investimento deve avere a riferimento l'organizzazione dei medici nel nucleo, assimilabile, come livello minimo, alla medicina in rete e riguardante tutti i medici aderenti al medesimo nucleo, collegati alla rete informatizzata (Progetto Sole).

Il percorso verso questo obiettivo deve raggiungere prioritariamente i seguenti risultati:

1. riconoscimento di nuove forme associative con l'obbligo per i medici aderenti di operare nell'ambito territoriale dello stesso nucleo. Le forme associative già esistenti e che non soddisfino a questo requisito, fatte salve obiettive situazioni ostative condivise in C.A., dovranno essere gradualmente ricondotte al nucleo, anche attraverso la ridefinizione territoriale dei NCP.
2. fornitura a tutti i medici del nucleo degli strumenti informatici e dei relativi supporti ed assistenza soft/hardware, con oneri di utenza a carico della Regione per garantire il collegamento fra di loro e con la rete dei servizi aziendali.
3. condivisione di modalità per assicurare l'assistenza ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, indipendentemente dalla forma associativa istituita, così da garantire complessivamente da parte del NCP o, in subordine, delle associazioni una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio e fatto salvo quanto previsto all'art. 36, per quanto riguarda l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento, si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, Per garantire l'assistenza urgente, saranno concordate in sede di Comitato aziendale ex art. 23 attività diurne dei medici della Continuità Assistenziale e/o incrementi di orario di apertura dei singoli studi.

Il progressivo collegamento in rete per tutti i medici del medesimo nucleo consentirà l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare.

La messa a regime del sistema informatico per l'effettivo utilizzo di modalità comunicative con altri professionisti e con i servizi aziendali, anche amministrativi, costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo.

Tale standard organizzativo prevede forme di compenso così come previsto dalla convenzione nazionale e forme di compenso specifico dell'accordo regionale per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello.

I medici aderenti al percorso di evoluzione del NCP, così come previsto dal presente accordo, al completamento dello stesso saranno in condizione di

- partecipare all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite

- operare per una più ampia integrazione con le altre figure coinvolte nell'assistenza territoriale
- svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la sede del NCP collaborare professionalmente con gli altri medici di AP e di CA, nonché con i servizi aziendali, per lo sviluppo dell'appropriatezza mediante l'utilizzo degli strumenti informatici ed amministrativi della rete aziendale così come previsto dall'appendice 1 del presente accordo.
- Condividere modalità operative per assicurare l'assistenza ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, indipendentemente dalla forma associativa istituita, così da garantire complessivamente da parte dei Nuclei di Cure Primarie o, in subordine delle associazioni una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio e fatto salvo quanto previsto all'art. 36, per quanto riguarda l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento, si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, con un minimo di due ore per fascia. Per garantire l'assistenza ambulatoriale ed eventuali urgenze, sarà possibile definire in sede di Comitato aziendale ex art. 23 attività diurne da parte dei medici della Continuità Assistenziale
- utilizzare la rete aziendale per l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare

Lo scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo.

Tale standard organizzativo prevede forme di compenso per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello, come evidenziato in appendice 1.

6. Incentivazioni per la realizzazione dei NCP

A fronte della condivisione da parte dei MMG degli obiettivi previsti al capitolo 3 (Obiettivi) previa dichiarazione sottoscritta, (Allegato 1 ACR), il compenso, a fronte degli obiettivi organizzativi sottoelencati sarà così articolato:

- a) **1 euro/assistito/anno** per la disponibilità all'integrazione che retribuisce l'accettazione della logica interprofessionale del NCP, così come rappresentata nel presente accordo, la conoscenza informatica come requisito indispensabile di partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione
- b) **0,30 euro/assistito/anno** per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del nucleo sia fra questi e la rete aziendale.

Anche al fine di favorire lo sviluppo dei NCP con la definizione di modalità condivise, per facilitare l'integrazione di lavoro con gli altri operatori, e l'integrazione con la Continuità

Assistenziale territoriale, i compensi di cui sopra, sono riconosciuti a tutti i medici di A.P. in un'unica soluzione, successivamente alla delibera di GR di recepimento dell'ACR, previa dichiarazione di adesione sottoscritta da ciascun professionista (allegato 1ACR).

Le aziende, all'atto del recepimento delle dichiarazioni positive da parte dei medici, danno corso alla liquidazione dell'incentivo a valere per l'anno 2006.

I medici che non dichiarano il possesso del requisito di conoscenza informatica dovranno dichiarare l'impegno alla informatizzazione, al massimo entro i termini previsti dall'ACN, lett.B, comma 12. partecipazione operativa al N.C.P.:

c) Partecipazione operativa al NCP

C1) una nuova medicina in rete, sviluppata da medici singoli o già associati nella forma semplice, deve rispondere ai requisiti di cui all'art 54 comma 8 ACN in vigore, ivi compreso il punto d), in funzione dei risultati di cui ai precedenti punti 1,2,3 del presente accordo è retribuita con il compenso di 4,70 euro assistito anno.

C2) i medici già in rete o in medicina di gruppo che sviluppano, in funzione del progressivo adeguamento con le tipologie organizzative ed erogative previste per il N.C.P., ivi compresa la promozione di forme di integrazione con i medici di C.A., le caratterizzazioni di cui in precedenza al punto 3, sono compensati con 1 euro/assistito/anno aggiuntivo rispetto alle tariffe ACN per tali forme associative (eventuali compensi derivanti dall'implementazione di procedure ed obiettivi aggiuntivi saranno materia degli accordi aziendali)

Anche al fine del rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP, pure attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti, l'ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 gg. /settimana, oltre le sette ore stabilite al punto 3 del presente Accordo, 1 euro/assistito/anno per ogni ora aggiuntiva.

Gli incrementi orari oltre la settimana ora dovranno essere garantiti per tutto l'arco dell'anno con orari costanti e dovranno essere finalizzati al funzionamento delle attività del NCP.

Il predetto obiettivo si svilupperà con gradualità secondo scaglioni percentuali annui definiti in base alle compatibilità finanziarie come indicato nell'apposita tabella. (v norma transitoria n.4).

Le forme di compenso di cui sopra sono erogate con le seguenti cadenze dopo il recepimento dell'accordo da parte della GR

Voci a) e b) : dopo la sottoscrizione del contratto di adesione con decorrenza dal 1.1.2006

Voce c1) entro 30 giorni dalla comunicazione all'azienda in modo da consentire le opportune verifiche dei requisiti di cui all'art. 54, comma 8 ACN

Voce c2) dal momento della comunicazione all'azienda da parte della forma associativa della copertura della 7 ora giornaliera di cui al punto 3.

Voce c3: dal momento della comunicazione all'azienda da parte della forma associativa dell'estensione oltre le 7 ore della accessibilità ambulatoriale, anche nei casi in cui l'estensione

dell'orario oltre le 7 ore sia stata adottata e comunicata in data precedente alla firma del presente accordo.

Il raggiungimento degli obiettivi, cui corrispondono i compensi sopra indicati, è sottoposto a verifica secondo criteri, tempi e modalità da stabilire a livello di accordi aziendali. Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporterà, previa verifica in Comitato aziendale, la sospensione dei rispettivi compensi previsti ai punti a) b) c), fatta eccezione per le situazioni non dipendenti da responsabilità dei medici.

Per quanto riguarda invece il compenso di cui al punto 15, lett. B dell'art. 59 ACN, che continuerà ad essere erogato nella misura e secondo le cadenze previste dall'articolato convenzionale, esso corrisponde a:

- c) 20% per l'adesione al progetto diabete, al fine di favorire i progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana, nonché attività di educazione permanente individuale finalizzata agli stili di vita,
- d) 40 % attività di educazione permanente individuale finalizzata agli stili di vita,
- e) 40% impegno per la corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni (direttiva 2142/2000) finalizzato anche al governo clinico inteso come adesione ai programmi relativi all'appropriatezza di accesso alle prestazioni ed alle cure concordate a livello locale a norma dell'art. 27.

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi sopra indicati da parte di alcuni sarà distribuita fra i medici che avranno raggiunto quegli stessi obiettivi secondo le modalità concordate in sede di accordi aziendali.

A quadro organizzativo concordemente ritenuto completato dipendente dai tempi tecnici delle regioni e delle aziende, i M.G. svolgeranno la propria attività convenzionata esclusivamente all'interno dei NCP definiti come dal presente accordo.

Le parti condividono la facoltà da parte dei medici di implementazione delle medicine di gruppo. Si intendono progressivamente riassorbite nell'organizzazione dei NCP l'associazionismo semplice.

Appendice 1)

Progetto SOLE Collegamento informatico e prestazioni informatiche di base

Dalla data dell'allacciamento dello studio con la rete informatica per lo scambio dei flussi informativi ciascun medico avrà diritto al compenso di 5 Euro/anno per assistito frazionato in dodici mensilità (0,416/mese) che retribuisce le prestazioni informatiche di base individuate dal presente accordo e consistenti in:

1. • Anagrafica (aggiornamento automatico)
2. • Esenzioni (aggiornamento automatico)

3. • Laboratorio: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
4. • Referti: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
5. Lettera dimissioni Reparti ospedalieri: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
6. • Dimissioni Pronto soccorso anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
7. • Fornitura e utilizzo del nomenclatore Sole come codice unico regionale per le proposte di accertamenti e consulenze.
8. • Cup: trasmissione automatica dei dati per garantire una più agevole fruizione della prenotazione autonoma da parte del cittadino (non da parte del M.M.G.)
9. Richiesta e Registrazione dell 'assenso del cittadino al SOLE (flag sole)
10. anagrafe vaccinazioni antinfluenzali ed antipneumococciche.

Tutti i dati in arrivo sulle postazioni informatiche dei M.M.G. debbono integrarsi con le specifiche della cartella informatica dello stesso onde renderle automaticamente fruibili.

Dichiarazione a verbale

Le parti riconoscono che il presente documento, riguardante i contenuti innovativi dell'Accordo regionale di cui all'art.8 del D.L.,vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, costituisce la prima parte del protocollo di intesa complessivo, che sarà completato con lettura condivisa delle rimanenti parti dell'ACN. riguardanti gli aspetti interpretativi del disciplinare tecnico applicativo e delle norme "flessibili" specificamente richiamate nell'art. 14, il Capo III (Continuità assistenziale), Capo IV (Medicina dei servizi), Capo V (Emergenza territoriale), che le parti si impegnano a completare entro il termine di 60 gg. dalla data della firma del presente documento.

I principali temi da definire, in gran parte già approfonditi e condivisi, riguardano in particolare:

1. aggiornamento tariffario e revisione normativa delle attività orarie e delle prestazioni a notula (P.A. e Accessi),
2. diritti sindacali,
3. le zone disagiate,
4. l'assistenza nelle case protette e RSA e Ospedale di comunità
5. partecipazione dei m.g. ai livelli organizzativi e gestionali azienda e distretto
6. tutoring pre e post laurea
7. animatori,
8. tutoring formazione specifica
9. retribuzione coordinatori di NCP
10. rimborsi sostituti
11. Il Centro di formazione regionale

12. certificazioni sportiva infradiciottenni
13. visite occasionali
14. l'impegno di spesa degli istituti di cui ai punti 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 è già fissato in documento separato e sarà oggetto di definizione nella parte normativa.

Norme transitorie: in attesa della messa a regime del sistema e della connessione in rete:

1) **Medici non associati** che aderiscono al NCP ed accettano di integrare gli orari di studio con 7 ore di ambulatorio complessivo, in attesa di passare alla rete ricevono 2.58 € per adesione al NCP.

2) **Superamento del tetto degli Istituti incentivanti** finalizzato al Nucleo (collaboratore di studio e infermiere): Il raggiungimento dello standard organizzativo della m. in rete o gruppo, da diritto agli incentivi di cui art. 59 lettera B comma 8 punti c) e d) anche al di là del limite percentuale fissato dall'ACN.

3) Raggiungimento dell'obiettivo di cui al punto c4): **ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 gg settimana.**

Il monte ore anno complessivamente necessario per la copertura oraria fino ad H 12 diurne sarà reso disponibile dalle aziende progressivamente secondo i seguenti scaglioni percentuali

- 8 % per l'anno 2006
- ulteriore 20 % per l'anno 2007
- ulteriore 40% per l'anno 2008
- completamento negli anni successivi

Priorità: Qualora il numero di richieste superi la percentuale di copertura prevista per l'anno corrente, prevale la data di presentazione, con priorità di norma alla forma associativa della Medicina di gruppo, con particolare riferimento a quelle che saranno sede di riferimento del NCP dal momento dell' entrata in vigore del presente accordo.

Norma finale

Decorrenza dell'accordo:

I contenuti normativi e economici del presente documento hanno immediata applicazione e decorrono dall'1.1.2006 fino alla stipula del successivo ACN.

In caso di ritardo nel rinnovo del nuovo accordo nazionale le parti si impegnano a rivedere sia sul piano normativo che economico gli istituti riconosciuti suscettibili di modifiche.

Le parti firmatarie, ovvero la delegazione trattante previa reciproca consultazione ed approvazione, sentito il parere del Comitato regionale, possono integrare o modificare il presente accordo regionale qualora lo ritengano opportuno.

Allegato 1

Visto il documento sottoscritto dalle OOSS dei medici di medicina generale e dall'Assessore regionale alle politiche per la salute, in data.....

DICHIARO

1. di accettare la logica interprofessionale del NCP e la mia disponibilità ed impegno all'integrazione con gli altri professionisti ed operatori coinvolti nell'assistenza territoriale
2. di possedere la conoscenza informatica, come requisito indispensabile per la partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione e garantisco la mia disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del nucleo sia fra questi e la rete aziendale.
3. di non possedere la conoscenza informatica e di impegnarmi al possesso del requisito entro.....

In fede
Dott.
codice regionale

Allegato 2

-

Profilo referente di distretto e DCP per la medicina generale

Il Referente per la medicina generale è una figura nuova ed innovativa introdotta dall'ACR, in coerenza con le indicazioni della L.R.29/2004 e dalle successive Direttive organizzativo applicative formulate dall'Assessorato regionale, con ruolo di affiancamento e consulenza al Direttore di distretto e al Direttore di Dipartimento di cure primarie su temi volti al miglioramento della consapevole gestione, dei fattori produttivi e di qualità di competenza dei medici di M.G.

Il Referente per la medicina generale è individuato all'interno di un elenco, condiviso fra le parti di Medici, non necessariamente referenti di NCP, disponibili per svolgere detto incarico e riceve un incarico fiduciario da parte del Direttore Generale, a tempo determinato, preferibilmente a durata triennale.

Le parti convengono che l'incarico si configuri come *collaborazione professionale senza vincolo di subordinazione* e che di norma si espliciti attraverso un'attività non inferiore a 5 ore alla settimana, a cui potranno aggiungersi ulteriori ore sulla base delle esigenze della Azienda.

A) Nel Distretto, il Referente espleta attività di consulenza tecnica a favore del **Direttore di Distretto** per tutte le problematiche dell'area della Medicina Generale o ad essa attinenti. In particolare egli svolge una o più delle seguenti attività:

1. Collabora alla rilevazione dei bisogni per la formulazione del piano della Committenza fornendo a tal fine pareri-consulenze tecniche e supportando l'attività di rilevazione dei bisogni avviata dalla direzione del distretto;
2. Si fa carico delle funzioni di cui all'art. 25 comma 4 dell'ACN, coadiuvando il Direttore di Distretto per il monitoraggio delle attività territoriali riguardanti la Medicina generale previste dal programma.
3. Supporta il Direttore del Distretto per quanto attiene la attuazione a livello distrettuale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) di competenza dei Medici convenzionati fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Distretto.
4. Coadiuvando il Direttore di Distretto nel monitoraggio delle azioni collegate all'applicazione degli accordi locali integrativi e nelle relazioni con i NCP fornendo, nell'ambito delle linee di indirizzo fornite dalla Direzione, un supporto alla raccolta, analisi ed interpretazione dei dati
5. Collabora alla definizione dell'ordine del giorno degli organismi di Direzione Distrettuale fornendo al Direttore del Distretto proposte di discussione
6. Collabora col Direttore di Distretto ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni predisponendo comunicazioni informative richieste dal Direttore del Distretto e/o fornendo il proprio supporto tecnico ai documenti predisposti dal Direttore del Distretto.
7. Concorre alla definizione dei criteri di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività svolte fornendo il proprio parere tecnico sui documenti predisposti dal Direttore del Distretto.

B) Nel Dipartimento Cure Primarie, il Referente espleta, nelle sue articolazioni territoriali, funzione di consulenza tecnica a favore del **Direttore di Dipartimento** per tutte le problematiche dell'area della Medicina Generale o ad essa attinenti. In particolare egli svolge una o più delle seguenti attività:

1. Collabora alla definizione dei documenti di Programmazione fornendo a tal fine un parere tecnico. Nell'ambito di tale attività partecipa al Comitato di Dipartimento e rappresenta il Dipartimento (??) all'interno del Comitato di Committenza aziendale nella definizione del piano di fornitura sulla base delle linee di indirizzo fornite dal Responsabile del Dipartimento Cure Primarie.
2. Concorre alla definizione del piano delle azioni ed alla implementazione di raccomandazioni professionali (note AIFA, linee guida) con particolare riguardo nei confronti dei Medici di Medicina Generale fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento e partecipando, ove richiesto, alle attività operative
3. Supporta il Direttore del Dipartimento per quanto attiene la diffusione, la stesura operativa e l'attuazione omogenea a livello aziendale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) in particolare di competenza dei Medici convenzionati fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento e partecipando, ove richiesto, alle attività operative.
4. Supporta il Direttore di Dipartimento e del Servizio Convenzioni nella formulazione delle disposizioni aziendali relative a normative e contratti per quanto di competenza della categoria e nella definizione e nel monitoraggio delle azioni collegate all'applicazione degli accordi locali integrativi fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del DCP e partecipando, ove richiesto, alle attività operative.
5. Collabora alla negoziazione del budget del Dipartimento con la Direzione Generale fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del DCP.

Il supporto tecnico fornito all'Ufficio di Direzione distrettuale e al Comitato di Dipartimento, garantisce i necessari collegamenti con gli altri servizi del territorio e con il presidio ospedaliero.

Modalità operative:

Le procedure di nomina, durata dell'incarico e retribuzioni dei medici di A.P. designati alle funzioni di Componenti del Collegio di Direzione, Referente per la Medicina generale per il Distretto, Referente per la Medicina generale di Dipartimento di C.P., Responsabile di NCP, saranno regolamentate sulla base delle linee guida che l'Assessorato emanerà sulla materia.

Allegato 3

Profilo del Coordinatore di NCP

La responsabilità del Nucleo di Cure Primarie (NCP) è affidata ad un Coordinatore individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici operanti nel nucleo, con le seguenti funzioni:

- Programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionali, ai fini anche della rivalutazione delle risorse assegnate.
- Promozione della formazione, anche integrata, e dea verifica dei bisogni formativi espressi dai MMG, avvalendosi anche della collaborazione del Centro regionale per la formazione e/o degli eventuali altri organismi aziendali collegiali specifici
- Supporto al Dipartimento CP nella definizione degli obiettivi con la condivisione del NCP, facendo riferimento alle risorse assegnate;
Promozione dell'organizzazione dei processi assistenziali e valutazione dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali del sistema.
- Ricerca della condivisione fra gli appartenenti al nucleo con funzione di interfaccia con il Dipartimento.
- Il coordinatore, in applicazione alle determinazioni ed agli accordi condivisi in sede di C.A concorda gli obiettivi con il NCP e con la Direzione del Dipartimento CP in riferimento alle risorse assegnate, orienta il lavoro del NCP all'appropriatezza, promuove l'organizzazione dei processi assistenziali e la valutazione condivisa dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali.
- La funzione di coordinamento deve intendersi come ricerca della condivisione fra gli appartenenti al nucleo e di interfaccia con il Direttore di Dipartimento.

Il coordinatore del NCP esplica le funzioni assegnategli con gli indispensabili supporti organizzativi, scientifici e di risorse umane messe a disposizione da parte dell'Azienda.

L'impegno orario richiesto per lo svolgimento delle attività di cui sopra è definito, di norma, fino a 5 ore settimanali, con un impegno orario minimo valutato forfettariamente in due ore settimanali. Tale funzione verrà retribuita in modo forfettario, è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione del massimale.

I medici di medicina generale membri di diritto dell'Ufficio di coordinamento distrettuale ai sensi dell'art. 25 comma 4 A.C.N. o di strutture analoghe e quelli che operano con funzioni di coordinamento in altre strutture organizzative costituiscono il collegamento professionale con i responsabili dei NCP.