

A.I.R. 2016-2018

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 s.m.i.;
- 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 con la somma pari ad euro 2648584,08 di cui al punto 1 lettera c) 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 dedicati 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 s.m.i. .

Si dà atto 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 parti prendono atto che con DGR 2368 del 2015 la Giunta regionale ha approvato l'intesa intervenuta in merito ad istituti contrattuali diversi relativi all'AIR 1.8.2014 per il biennio 2014/15.

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, neoplasie, malattie salute mentale.

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

- Supporto al raggiungimento degli obiettivi regionali di salute;
- 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 (presidi ospedalieri per la salute);
- Supporto per quanto di competenza alle attività dei dipartimenti per la salute mentale;
- Supporto per quanto di competenza alle attività legate alla prevenzione e riabilitazione;
- 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.

Le predette attività costituiscono obiettivi specifici della presente intesa, il cui esito realizza l'integrazione incentivata del trattamento economico in atto.

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, relativamente agli obiettivi indicati, 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.

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 graduale abbandono degli assetti precedenti;
- 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. Tutte le fasi applicative del processo sono attuate in 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.

L'adesione all'AFT da parte dell'MMG è obbligatoria entro il 30/06/2016.

3.4.2 L'AFT 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 assistenziali, 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 da parte dell'Azienda.

Lo svolgimento di tali compiti viene verificato a cura del Direttore di Distretto e dell'UDMG/Coordinatori di AFT.

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 altre strutture idonee.

In fase di avvio il Direttore di Distretto, in accordo con tutti i componenti dell'UDMG, propone alla Direzione aziendale di riferimento, entro tre mesi dall'approvazione del presente AIR, una soluzione organizzativa e logistica per la sede di coordinamento che consenta di garantire il raggiungimento degli obiettivi più avanti specificati. La Direzione dell' AAS esamina la proposta di cui sopra, si pronuncia in merito entro sessanta giorni sull'individuazione delle sedi, sentito il comitato aziendale ex art.23.

3.4.4 Nella sede opera il coordinatore dell'AFT, scelto tra i medici convenzionati dell'AFT, eletto dagli stessi MMG e nominato dall'AAS. Sino alla insediamento del coordinatore, il medesimo compito del coordinamento viene affidato all' UDMG, per tutte le AFT del distretto di competenza. Le funzioni della UDMG per la parte di interesse della AFT cessano 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 restanti 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 e con il membro di diritto delle UDMG) al processo di programmazione nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria del Piano di zona e all'implementazione delle relative progettualità.

Sarà presente nella sede di coordinamento n. 1 collaboratore di studio prioritariamente in posizione di comando con oneri diretti a carico dell'Azienda, o altra forma consentita dalla normativa vigente, scelto

previe indicazioni condivise in UDMG, Il medesimo assicurerà, secondo le indicazioni impartite dal coordinatore AFT, l'attività relativa alla medicina di iniziativa ed al coordinamento dell'AFT.

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 di coordinamento 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

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. 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 saranno a carico di queste ultime.

3.7 Compenso

- A fronte dello svolgimento dei compiti di cui al punto 3.4.2 i MMG aderenti alle AFT sono incentivati con un compenso annuo omnicomprendente di Euro tre per assistito. Gli obiettivi specifici, gli indicatori di processo e/o di risultato, indicati dalle Direzioni Generali delle AAS, vengono concordati entro il primo trimestre tra il coordinatore dell' AFT /UDMG e la Direzione Distrettuale. Il grado di raggiungimento esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale entro il primo bimestre dell'esercizio successivo. In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in Comitato Aziendale. La Regione garantisce la supervisione e il coordinamento dell'attuazione.

- 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 s.m.i. 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 che dovranno essere definiti. Per garantire pari livelli assistenziali a tutti i cittadini, la Regione si impegna a promuovere la graduale estensione del 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.

4. 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:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- garantisce i livelli di assistenza concordati, misurabili attraverso opportuni indicatori condivisi.

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 la Nuova Medicina di Gruppo Integrata i Medici, oltre ad assicurare quanto previsto dall'art. 54 dell'ACN 2005 s.m.i. e dall'AIR 2005 s.m.i. nel punto relativo alla Medicina di gruppo, per le parti compatibili con le disposizioni integrative del presente accordo, assicurano anche:

- l'apertura di una sede unica per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e al sabato e i prefestivi secondo ACN o l'adesione al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e al sabato e i prefestivi secondo ACN, 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;
- le prestazioni sanitarie non differibili;
- la gestione della scheda sanitaria elettronica 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;
- la realizzazione di programmi di promozione della salute, di prevenzione e assiste la popolazione servita con riferimento a percorsi assistenziali condivisi e basati sull'evidenza scientifica;
- la raccolta di dati socio-epidemiologici e contribuisce a rilevare i bisogni di salute della popolazione;
- la contribuzione per intercettare la fragilità dando risposte appropriate;
- la connessione con il sistema informativo aziendale e regionale;
- la realizzazione e l'attuazione una carta dei servizi in accordo con il Distretto;
- la collaborazione ad iniziative di sondaggio del gradimento dell'utenza rispetto ai servizi forniti.

Per tali attività viene corrisposto al MMG il compenso forfettario annuo di 12,00 euro/assistito (con tetto a 1300 assistiti/MMG) ad avvenuta attivazione e autorizzazione della nuova forma associativa e previa verifica, a cura del Direttore del Distretto di riferimento, dell'avvenuta effettuazione delle funzioni assegnate. 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 30.6.2017 si prevede la trasformazione in MGI delle MG attualmente 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 30.6.2017 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, compresa le relative indennità. Le parti concordano il divieto del cumulo delle relative indennità.

Possono pertanto coesistere con la Medicina di Gruppo Integrata (MGI), in prima applicazione, la Medicina di gruppo sino al 30.6.2017, e le altre forme associative previste dall'art. 54 dell'ACN in vigore sino al 31.12.2018 analogamente per il singolo medico. 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 di ciascuna AAS un budget massimo pari a EURO 3,00 /anno/paziente in carico per progetti di ampliamento dell'offerta assistenziale diurna a 12 ore dal lunedì al venerdì da parte delle nuove MGI. L'ampliamento dell'assistenza, assicurata dal MMG o da quello di Continuità Assistenziale all'uopo delegato, dovrà essere concordato con il Direttore del Distretto e l'UDMG/Coordinatore AFT. Tali progetti devono essere approvati nei rispettivi Comitati Aziendali ex art. 23 che al riguardo terranno conto della situazione epidemiologica ed orogeografica locale. Al relativo onere si fa fronte con la somma indicata che viene riconosciuta al professionista (MMG/MCA) che effettua la prestazione.

PERSONALE DELLA NUOVA Medicina di Gruppo Integrata (MGI)

L'acquisizione del personale di supporto alla Nuova Medicina di Gruppo Integrata, collaboratore di studio e/o infermiere, è finalizzata a migliorare l'offerta assistenziale al cittadino in ottemperanza agli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale. La presenza di personale infermieristico è finalizzata alla realizzazione della Medicina di iniziativa.

Le AAS assicurano il suddetto personale con proprie risorse tenendo conto delle norme e vincoli contrattuali in essere per la copertura graduale di tutte le medicine di gruppo integrate.

La funzione di supporto viene autorizzata di volta in volta dalla AAS di riferimento territoriale.

L'individuazione degli standard è rimessa a specifica intesa entro il primo trimestre 2016.

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, siano 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. CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)

Il Centro di assistenza primaria (CAP) 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, che progressivamente interessano l'intero territorio regionale, devono essere adeguate dal punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico e collegate mediante idonei 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.

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.

7. 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.

8. 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. Tali importi assorbono anche gli obiettivi finanziati con il fondo "specifici programmi". Gli obiettivi verranno stabiliti annualmente tramite concertazione tra Regione ed OOSS in sede di Comitato Regionale ex art. 24. L'indicazione generale è quella del miglioramento delle misure rispetto all'anno precedente. La medicina di iniziativa delle Nuove MGI negli anni successivi riguarderà progressivamente tutte le principali patologie croniche continuando a garantire i percorsi già avviati.

ANNO 2016

Azioni	Indicatori (*)	Standards (*)	Incentivo per assistito/anno
Medicina di iniziativa: Diabete; Anziani fragili; programma Cardio 50 (screening cardiovascolare sui soggetti sani)	Diabete: almeno 1 HbA1c, 1 profilo lipidico, 1 microalbuminuria, 1 creatininemia/anno, almeno 1 fundus oculi/2 anni Anziani fragili: da definire successivamente Programma Cardio50: Il programma rientra nel Programma 1 del Piano della Prevenzione Regionale 2014-2018 e sarà attuato in collaborazione con Dipartimenti di Prevenzione e Distretti.	Diabete (peso=euro 1,5/assistito): l'obiettivo si intende raggiunto se il livello di performance tra i pazienti diabetici dell'AFT di appartenenza del MMG è più elevato rispetto all'anno precedente per almeno 4 indicatori su 5. In ogni caso il conseguimento dell'eccellenza (90% per ciascun indicatore) darà luogo al raggiungimento dell'obiettivo anche con livello in riduzione rispetto all'anno precedente. Anziani fragili (peso=euro 0,5/assistito): definizione e avvio entro il 31/12/2016 di un progetto di un progetto elaborato in sede di AFT capace di intercettare la fragilità nei soggetti anziani. Cardio50 (peso=euro 0,5/assistito): partecipazione alla formazione a distanza FAD organizzata a livello regionale riguardante il consiglio breve sugli stili di vita e il calcolo del rischio cardiovascolare; pulizia delle liste entro il 30 giugno 2016 finalizzata al calcolo	Euro 2,5

		dei soggetti nati nel 1966 eleggibili secondo i criteri seguenti di esclusione: eventi cerebrovascolari maggiori, diabete, ipertensione in terapia, patologie neoplastiche gravi in fase attiva, non autosufficienza e istituzionalizzazione.	
Supporto dei programmi di prevenzione regionale	Supporto agli screening oncologici	L'obiettivo si intende raggiunto se il tasso di copertura aziendale di almeno 2 screening oncologici sui 3 regionali (cancro della mammella, del colon retto e della cervice uterina) è migliorato rispetto all'anno precedente. In caso di conseguimento delle misure di eccellenza (mammella=70%; cervice uterina=70%; colon-retto=70%) l'obiettivo si intende conseguito anche in caso di diminuzione rispetto all'anno precedente.	Euro 0,5
	Campagne vaccinali rivolte agli anziani**	L'obiettivo si intende raggiunto qualora il livello di performance aziendale tra i cittadini anziani candidati alle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica sia più elevato rispetto all'anno precedente. I pesi delle due vaccinazioni sono: antinfluenzale (euro 0,75); antipneumococcica (euro 0,25). In caso di conseguimento della misura di eccellenza per la vaccinazione antinfluenzale (75%), l'obiettivo si intende conseguito anche in caso di diminuzione rispetto all'anno precedente.	Euro 1,00

Appropriatezza uso farmaci, specialistica e ricoveri	Rispetto tassi regionali standardizzati	<p>L'obiettivo si intende raggiunto qualora le misure standardizzate dei livelli aziendali della spesa farmaceutica convenzionata (peso=euro 0,50), del tasso di medicina specialistica esclusi gli esami di laboratorio (peso=euro 0,50) e del tasso di ospedalizzazione (peso=euro 0,50) siano inferiori rispetto all'anno precedente. Inoltre si prevedono ulteriori euro 0,50 in caso di conseguimento dei tre obiettivi. In sede di comitato aziendale ex art. 23 il peso dei tre indicatori possono essere variati sulla base delle esigenze aziendali. In caso di conseguimento delle misure di eccellenza (vale a dire quelle di anno in anno fissate in sede regionale)</p> <p>l'obiettivo si intende conseguito anche in caso di diminuzione rispetto all'anno precedente.</p>	Euro 2,00
Informatizzazione	Entro 60 giorni dalla sigla del presente accordo saranno definiti obiettivi e standard in un gruppo tecnico costituito da esponenti regionali e della Medicina Generale		Euro 2,00
TOTALE			Euro 8,00

(*)Gli indicatori e gli standards specificati nelle aree 1, 2 e 3 sono indicativi e verranno ,entro 60 giorni, validati dal Comitato regionale ex art.24.

(**)Con riferimento all'Area 2, obiettivo 2, lettera a) Vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica della DGR n. 269/2006, AIR Regionale, si precisa che viene mantenuto il compenso previsto per ciascuna prestazione ma che gli euro 2,00/vaccinazione per il conseguimento dell'eccellenza vanno ricompresi negli obiettivi del presente accordo

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

9. QUADRO NORMATIVO

Il presente accordo realizza, in via graduale e per il triennio di sperimentazione 2016-2018, i principi desumibili dalla normativa che segue, finalizzata alla riorganizzazione delle funzioni di assistenza primaria:

- Art.20 L.R. n.17/2014 che individua le forme organizzative dell'assistenza primaria prevede, regolandone articolazione e compiti:
 - a) Le AFT
 - b) Le Medicine di gruppo
 - c) I CAP che svolgono le funzioni di UCCP

Si da atto che durante la fase transitoria 01.01.2016 – 31.12.2018, mantengono la loro operatività le forme associative finora operanti (medicina di gruppo fino al 30.6.2017, la medicina di rete e l'associazionismo semplice fino al 31.12.2018).

Al riguardo le parti si danno atto che la forma organizzativa "medicina di gruppo" ex Art.20 comma 1 lettera b) è diversamente qualificata pe un proficuo inserimento nella nuova organizzazione dell'assistenza primaria quale "NUOVA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA" le cui competenze, oltre a quelle dettagliate sub n° 4 sono indicate nell'art.20 comma 4 L.R. 17/2014.

- Il nuovo assetto organizzativo è attuazione dei principi sanciti dal D.L. N.158/2012 convertito con Legge n.189/2012, in particolare l'art.1 comma 2 nella parte in cui prevede la natura "erogativa" delle nuove forme organizzative, consentendo la messa a disposizione presso le medesime strutture, da parte delle Aziende del S.S.R., di personale dipendente in posizione di comando.
- Le parti danno altresì atto che l'integrazione economica prevista dal presente Accordo è letterale attuazione della potestà di integrazione prevista dall'art.14 dell'ACN vigente per la medicina generale convenzionata e dell'art.8 comma 1 D.Lgs 502/92 così come modificato dall'art.1 comma 4

del DL 158/2012 nella parte in cui alla lettera 0a) consente alle Regioni di intervenire sui livelli di assistenza con “relativa copertura economica a carico del bilancio regionale”.

- Le parti concordano che la nuova medicina di gruppo integrata realizza la natura erogativa della forma organizzativa mono professionale che assicura l'attività assistenziale nelle modalità previste dalla lettera b-bis) dell'art.8 comma 1 D.Lgs 502/92.
- Si dichiara che le forme organizzative in essere e le modalità operative con supporto di personale dipendente, attuate per migliorare l'offerta di servizio al cittadino del SSR, nonché le future forme organizzative dell'assistenza primaria mono e pluriprofessionali, non sono fonte di quid pluris per il professionista che svolge l'attività per il SSR; l'organizzazione delle forme associative per l'assistenza primaria non assume mai la qualifica di “autonoma”.
- Le parti rimettono a successivi incontri, da effettuarsi entro il primo semestre 2016, la definizione del ruolo unico del Medico di Assistenza Primaria e della riorganizzazione medica nelle Case di Riposo e altre strutture intermedie. Le stesse si impegnano altresì ad aprire un tavolo sulle Prestazioni a particolare impegno professionale.

10. RISORSE ECONOMICHE

La sostenibilità economica del presente accordo esita dal quadro normativo indicato sub 9 e dall'Accordo 17.11.2015 approvato con DGR 2368 del 27.11.2015.

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 in particolare la nuova medicina di gruppo integrata ed assicura progressivamente, secondo le modalità di calcolo del numero di assistiti-tetto 1300, le modifiche strutturali indicate.

Il presente Accordo ha effetto:

- quanto alle modifiche organizzative e funzionali (AFT, medicina integrata e continuità assistenziale) dall'01.01.2016, incentivo pari ad euro 3.233.085,00 (euro 3,00 x 1.077.695 - assistiti al 31.12.2014);
- quanto alla medicina di gruppo integrata (euro 12,00 x assistito – punto 4-) sono disponibili euro 1.939.851,00 (incremento del 15%) per l'anno 2016, euro 3.394.649.77 per ciascuno degli anni 2017 e 2018;
- quanto all'allargamento orario fino a 12 ore, euro 3,00 x 1.077.695 - assistiti al 31.12.2014 e costituiscono impegno finanziario negli esercizi 2016, 2017 e 2018, pari ad euro 3.233.085,00;
- quanto all'incentivo pari a euro 8,00 per assistito/ANNO (pari ad euro 8.621.560,00 comprensivo del fondo specifici programmi) lo stesso viene erogato coerentemente con gli obiettivi assegnati alle cadenze temporali indicate nel periodo di vigenza del presente Accordo. Eventuali quote non utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario di questo incentivo, saranno monitorate in seno al Comitato regionale ex art.24 e utilizzate nel corso dell'anno successivo secondo priorità stabilite di volta in volta di comune accordo;
- in merito al processo di informatizzazione in corso la Regione riconosce un rimborso di euro 500,00/medico per l'esercizio finanziario 2015 al professionista che nel 2015 per almeno 3 mesi consecutivi ha conseguito il risultato già previsto nel criterio dell'Accordo di cui alla DGR n. 2368/2015. Se l'obiettivo viene raggiunto soltanto nell'anno 2015 il medico ha diritto solo alla quota "start up". Eventuali quote della somma indicata non utilizzata nel corso dell'esercizio finanziario 2016, monitorate dal Comitato regionale ex art. 24, sono utilizzate prioritariamente per favorire il completamento della dematerializzata.
- La remunerazione degli attuali collaboratori di studio segue le regole fissate dall'AIR 2005 s.m.i.. I medici renderanno, secondo cadenze definite aziendali, ai fini del rimborso le ore effettivamente svolte dal collaboratore, comunque all'interno del valore economico indicato nell'AIR 2005 s.m.i..

L'Accordo scade il 31.12.2018 e si intende modificato ed integrato automaticamente dalle norme e/o dalle clausole contrattuali nazionali che si rivelassero eventualmente incompatibili con l'articolato stesso. In caso di approvazione di un nuovo ACN, il coordinamento dell'AIR con le nuove norme avverrà di comune accordo tra parte pubblica e OO.SS. in sede di Comitato ex art. 24.

Le parti evidenziano che ogni qualvolta rileva il numero degli assistiti ai fini dell'applicazione degli istituti contrattuali, si fa riferimento al numero degli assistiti al 31 dicembre dell'anno precedente.

In via sperimentale e per la durata del presente AIR viene attuato un monitoraggio trimestrale dei compiti di cui al punto 3.4.2 e secondo gli indirizzi stabiliti al punto 3.7 . Dopo prima valutazione trimestrale segue l'erogazione del 50% dell'incentivo di cui al punto 3.7; dopo il secondo trimestre l'erogazione di un ulteriore 25%. Il conguaglio segue la valutazione finale.

La fase avviata dal presente AIR deve intendersi sperimentale e , pertanto, con atti aggiuntivi approvati in Comitato regionale ex art. 24, potranno essere apportate eventuali modifiche al presente atto.

Assessore regionale alla salute, integrazione
Sociosanitaria, politiche sociali e famiglia
Presidente del Comitato regionale
dott.ssa Maria Sandra TELESCA

F.I.M.M.G
dott. Romano PADUANO

S.N.A.M.I.
dott. Giuseppe VETRI

S.M.I.
dott.ssa Marina MAZZERO

INTESA SINDACALE
dott. Pierluigi NAVARRA

Udine, 21 dicembre 2015