



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Accordo Regionale per la Medicina Generale in
attuazione di quanto previsto dall'Accordo
Collettivo Nazionale del 23.3.2005**

In data 19 marzo 2008 alle ore 10,00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, tra l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna nella persona della Prof.ssa Nerina Dirindin e le seguenti Organizzazioni sindacali:

L'Assessore
Prof.ssa Nerina Dirindin
FIRMATO

FIMMG
Dott. Paolo Carossino
FIRMATO

Federazione Medica Aderente UIL-FLP
Dott.ssa Anna Rita Ecca
FIRMATO

Intesa Sindacale-SIMET-SUMAI-CISL Medici
Dott.ssa Maria Concetta Spada
FIRMATO

CGIL Medici
Dott.ssa Giuliana Lussu
FIRMATO

PREMESSA

L'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale condividono la necessità di una nuova e più moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale distrettuale, con particolare riferimento all'area delle cure primarie.

Infatti il rafforzamento delle Cure Primarie è considerato ormai condizione indispensabile per affrontare in maniera adeguata le difficoltà legate alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi, ai tempi e alle liste d'attesa, alla sostenibilità economica del sistema sanitario.

Col presente Accordo Integrativo Regionale si intende delineare una figura di Medico di Medicina Generale in linea con il ruolo e le funzioni attribuite dal Piano regionale dei Servizi Sanitari approvato dal Consiglio Regionale il 19 gennaio 2007.

Gli aspetti che il presente Accordo intende focalizzare sono i seguenti:

1. la centralità della "persona" e la personalizzazione degli interventi;
2. il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMG;
3. l'uscita "dall'isolamento" del MMG, il lavoro in associazione e la sua integrazione nel Distretto;
4. la presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;
5. la garanzia del diritto all'accesso;
6. la tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure;
7. la corresponsabilità nel governo della domanda e nel governo clinico dell'assistenza distrettuale.

1. La centralità della "persona" e la personalizzazione degli interventi

L'attenzione alla "persona" nella erogazione degli interventi assistenziali in genere e sanitari specifici, è proposta con particolare enfasi nel Piano Sanitario Regionale, configurandone una "centralità" di interventi riferiti alla persona. Il MMG, quale primo riferimento della persona da assistere nel territorio, è chiamato a svolgere un ruolo primario su questo versante, considerato anche il tipo di rapporto "fiduciario" che instaura con l'assistito.

2. Il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMG

Il rapporto fiduciario del MMG con il proprio assistito, ormai consolidato, necessita di un rafforzamento e di una estensione, in linea con le mutate condizioni di vita della società che tende a parcellizzare e spersonalizzare gli interventi assistenziali. Si tratta di rafforzare questo rapporto tramite il coinvolgimento dell'intero ambito familiare e sociale, inteso come comunità di persone nella quale l'assistito risulta inserito e con la quale intrattiene relazioni di convivenza.

3. L'uscita "dall'isolamento" del MMG

Ciò potrà avvenire solo ricercando formule di lavoro "insieme" che non rappresentino soltanto una dichiarazione di intenti, ma reale ed effettiva integrazione di attività tra diversi MMG di uno stesso ambito territoriale, tra MMG e altre figure professionali sanitarie e tra questa équipe e il personale amministrativo.

L'uscita dall'isolamento potrà realizzarsi anche e soprattutto attraverso l'integrazione del lavoro delle équipe di professionisti che si andranno a costituire nel sistema complessivo organizzativo-gestionale del Distretto Sanitario.

4. La presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza

La presa in carico globale dell'assistito da parte del Medico di Medicina Generale, nel percorso assistenziale, diventa garanzia per la continuità dei processi di cura-assistenza. Ciò potrà realizzarsi se le équipe di professionisti organizzeranno le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del Distretto. Il MMG garantirà la continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità.

La continuità delle cure non potrà non prevedere la "presenza" del medico in tutti i vari "passaggi" del proprio assistito nel suo percorso di assistenza, a partire dalle cure domiciliari e fino al suo "ritorno a casa" dopo l'ospedalizzazione e la transitoria istituzionalizzazione.

5. La garanzia del diritto all'accesso

La garanzia del diritto all'accesso da parte dell'assistito inteso in senso ampio quale "accessibilità" non solo in termini di riduzione delle attese e dei tempi connessi, ma anche come "unitarietà dell'accesso" per i diversi momenti o processi assistenziali (punto unico d'accesso alle cure presso le équipe di professionisti) e come definizione trasparente di criteri di priorità di accesso in relazione alle diverse esigenze assistenziali del paziente.

6. La tutela delle “fragilità” e l’umanizzazione delle cure

La tutela delle “fragilità”, intese in senso vasto a partire dal transitorio episodio di malattia e fino alla fragilità della malattia cronica invalidante, troverà concretezza nel:

- potenziamento delle cure domiciliari
- sviluppo e implementazione della integrazione sanitaria e socio-sanitaria
- attenzione preventiva a particolari target di popolazione da assistere quali: anziani e/o non autosufficienti, disabili, minori a rischio, famiglie “fragili”, etc.

7. La corresponsabilità nel governo della domanda e nel “governo clinico” dell’assistenza distrettuale

Si vuole rafforzare il ruolo dei medici nell’identificazione dei bisogni singoli e della comunità di riferimento e nella traduzione di questi in domande di interventi e azioni assistenziali appropriati (e quindi efficaci ed efficienti).

1) FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

CAPITOLO 11.1 Equipe territoriale

1. L'équipe è una forma associativa di tipo funzionale, obbligatoria per i MMG e per i MCA. Il referente dell'équipe può richiedere per lo svolgimento della riunione la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito del Distretto. Alla riunione di Equipe partecipano i medici della Continuità Assistenziale operanti nel Distretto.

2. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore Generale della ASL, su proposta del Direttore del Distretto e acquisito il parere degli operatori interessati, e rappresenta l'ambito territoriale di operatività della stessa per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende, oltre ai livelli obbligatori di assistenza, anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

3. Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, fanno parte della équipe territoriale le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) l'assistenza infermieristica (se resa disponibile dall'organizzazione del distretto);
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

4. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nella realizzazione di attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- b) tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- c) tutela dei disabili e anziani;
- d) patologie in fase terminale;
- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative;
- h) adozione di linee guida condivise per patologie di rilievo nel contesto sociale regionale o aziendale;

5. L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la condivisione telematica delle informazioni sanitarie e la predisposizione di un programma di lavoro:

- a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del Distretto;
- c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del Distretto;
- d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
- e) che renda possibile operare modifiche durante la sua esecuzione, e preveda i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

6. L'équipe territoriale è orientata a favorire lo svolgimento delle attività in forma condivisa, specificatamente per quanto attiene le cure domiciliari. Al fine di facilitare la continuità dell'assistenza a specifiche categorie di malati cronici o a persone affette da patologie acute, i medici di assistenza primaria sono tenuti a condividere la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali. In particolare i medici di libera scelta rendono disponibili:

- le notizie sulla/sulle malattie attive che compromettono lo stato di salute della persona;
- la terapia medica abitualmente assunta dal paziente;
- le principali notizie anamnestiche, con particolare riferimento ad allergie o intolleranze;

- quanto altro ritenuto utile o necessario.

7. Le Aziende Sanitarie Locali identificano le risorse dedicate alla sperimentazione delle équipe territoriali, vincolate al raggiungimento di obiettivi strategici di valenza aziendale o distrettuale. La retribuzione dei medici che partecipano all'équipe è definita in sede di contrattazione aziendale ed è correlata alle funzioni assegnate e agli obiettivi assistenziali.

8. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, inseriti in équipe territoriali costituite e organizzate nel rispetto delle modalità previste dal presente articolo, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività non notturne rese secondo i piani di assistenza elaborati dal gruppo di lavoro della équipe medesima.

9. Le prestazioni in attività diurna dei soggetti di cui al comma precedente, sono finalizzate al potenziamento delle cure domiciliari, specificamente quelle a più alta intensità assistenziale, alle attività di valutazione multidimensionale dello stato funzionale della persona e di stesura del piano di assistenza per la presa in carico, alle attività correlate all'integrazione con i servizi ospedalieri e alla dimissione protetta da questi al domicilio o alle strutture territoriali residenziali.

1.2 ASSOCIAZIONISMO MEDICO

1. Oltre alle forme associative di cui all'articolo 54, comma 6, dell'ACN, è possibile costituire, ai sensi del presente articolo, anche forme associative miste gruppo-rete. Tale forma associativa è caratterizzata dai seguenti requisiti:

- a) numero di medici associati non inferiore a 4, di cui almeno 2 in forma di gruppo;
- b) ai medici si applicano le condizioni previste dal presente articolo per la corrispondente appartenenza alla forma di associazione (ai medici in gruppo i requisiti di cui ai commi 4 e 9, ai medici in rete i requisiti di cui ai commi 4 e 8;
- c) a ciascun medico è applicato il trattamento economico corrispondente ai propri requisiti associativi;
- d) a tutti i medici si applicano le norme previste dal presente articolo.

2. E' demandato al comitato aziendale ex art. 23 dell'ACN la possibilità che le forme associative di rete o miste di gruppo-rete siano svolte da medici operanti in ambiti territoriali contigui.

3. In riferimento a quanto previsto dall'art. 54, comma 4, lettera s) dell'ACN, l'eventuale parere negativo sull'atto costitutivo dovrà essere motivato per iscritto dal Direttore Generale dell'Azienda.

4. Le Aziende Sanitarie Locali provvedono ad effettuare le verifiche sull'attività dell'associazione e sul raggiungimento dei relativi obiettivi secondo procedure concordate in sede di comitato aziendale.

5. Ogni variazione inerente l'associazione deve essere comunicata entro 15 giorni all'Azienda Sanitaria Locale e all'Ordine dei Medici. Non è consentito l'ingresso nell'associazione di altri medici in sostituzione di quelli dimissionari. L'associazione decade qualora il numero dei membri sia inferiore a tre.

6. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo, le percentuali da riservare alle forme associative previste dall'art. 54, comma 6, dell'ACN, sono modificate nella misura seguente:

- a) medicina in associazione: entro 24 mesi dalla pubblicazione del presente Accordo le attuali forme di medicina in associazione devono essere riconvertite in medicina in rete o in gruppo o in gruppo-rete. A decorrere dal dodicesimo mese dalla pubblicazione del presente AIR, l'indennità prevista dall'art. 59 lett. B) comma 4 dell'ACN è abbattuta del 25%, dal diciottesimo mese è ridotta del 50%. Al termine del processo di riconversione è consentito il mantenimento residuale di una percentuale massima del 20% calcolata a livello regionale. In caso di superamento di detta quota massima, è demandato al comitato regionale ex art. 24 dell'ACN, il compito di individuare ulteriori decurtazioni dell'indennità, al fine di governare il processo di riconversione.
- b) medicina in rete: al termine del processo di riconversione di cui alla precedente lettera a) sarà riservata una percentuale pari al 30% degli assistiti in campo regionale;
- c) medicina in gruppo: al termine del processo di riconversione di cui alla precedente lettera a) sarà riservata una percentuale pari al 27% degli assistiti in campo regionale;
- d) collaboratore di studio: la percentuale prevista è pari al 33%;
- e) infermieri di studio: la percentuale prevista è pari al 5%;
- f) informatizzazione: la percentuale prevista è pari al 95%.

7. Al termine del dodicesimo mese dalla stipula del presente AIR, il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN effettuerà una verifica sulla spesa e sull'adeguatezza del fondo a riparto di cui all'art. 46 dell'ACN. Le percentuali di cui alle lettere b) e c) del comma precedente sono confermate, ove non vengano superate, anche per gli anni successivi. Le parti si impegnano a riconsiderare tali percentuali, nell'ipotesi che vengano superate, entro 90 giorni dal superamento delle stesse. In nessun caso potrà essere superato il fondo definito ai sensi dell'art. 59 lett. B) commi 1, 2 e 3 stabilito a livello regionale in 8,58 milioni di euro. Ai fini della determinazione dei limiti di cui al comma 5, i cittadini che hanno optato in favore di medici associati in forma mista gruppo-rete, sono attribuiti alle rispettive forme associative.

8. I medici che intendano costituire una nuova forma associativa devono presentare apposita istanza alla ASL di competenza, la quale provvederà alla successiva trasmissione alla Regione. Questa ultima verifica il rispetto delle percentuali di riferimento entro 30 giorni dal ricevimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. E' compito dell'ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all'inizio dell'operatività, alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall'art. 54 dell'ACN.

9. La popolazione assistita deve essere informata sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, attraverso:

- affissione, secondo modalità da concordarsi con la ASL, in ogni studio medico, di una apposita comunicazione al fine di garantire ai cittadini una corretta informazione sull'accessibilità a ciascun medico associato;
- distribuzione agli assistiti di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, secondo un modello concordato a livello aziendale.

2) CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

2.1 LISTE D'ATTESA E MEDICINA GENERALE

1. Le parti considerano il problema delle liste d'attesa di urgente rilevanza nella strategia di appropriatezza dell'assistenza alle persone sane ed a quelle ammalate.

2. I medici di medicina generale assicurano la propria collaborazione nella attuazione delle azioni e delle procedure utili alla riduzione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni, in particolare per le modalità di accesso alle prestazioni in relazione al grado di differibilità delle stesse e alle priorità definite dall'art. 50 del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003. Ai sensi del comma 2 dell'art. 27, tutti i MMG sono tenuti a partecipare agli obiettivi aziendali relativi alla definizione, applicazione e valutazione per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

3. Le Direzioni Generali delle ASL sono tenute, attraverso l'attivazione di tavoli tecnici, di gruppi di lavoro o altre forme di confronto, a definire con i MMG, gli specialisti dipendenti e convenzionati, protocolli che indichino le priorità cliniche e di accesso alla singola prestazione nonché specifici strumenti di monitoraggio. Tutti i medici prescrittori (dipendenti e convenzionati) hanno l'obbligo di prescrivere identificando codici di priorità di erogazioni delle prestazioni stesse.

L'adozione del sistema ha lo scopo di tenere conto delle priorità cliniche, cioè delle effettive esigenze assistenziali dei pazienti per organizzare conseguentemente l'erogazione della prestazione.

4. La Regione Sardegna si impegna ad impartire disposizioni sulle responsabilità dirette dei prescrittori in merito alla compilazione delle ricette ed a quanto previsto dall'art. 50 della L. n. 326/2003.

5. Le Aziende Sanitarie Locali dispongono la creazione di sistemi trasparenti in merito alle agende degli appuntamenti, sia per i professionisti sia per le strutture sanitarie, al fine di consentire al cittadino di poter scegliere il professionista o la struttura presso la quale eseguire le prestazioni richieste.

6. Ai fini di quanto presupposto al comma 4 le Aziende realizzano sistemi informatici e telematici per la prenotazione on line delle prestazioni, attraverso la disponibilità delle agende anche per tramite e per interposizione di operatori del CUP, oltre che nell'ambito delle progettualità mirate di cui alla rete MEDIR.

7. Azioni di sensibilizzazione e formazione dei prescrittori, degli operatori dei centri prenotazione, degli erogatori delle prestazioni e dei cittadini sul problema delle attese sono realizzate dalla Regione e dalle Aziende con la collaborazione dei medici di medicina generale, anche sulla base anche di specifici accordi in materia.

2.2 ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO

1. Al fine di snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini, oltre che a consentire un più funzionale accesso alle procedure di prenotazione degli accertamenti specialistici e strumentali, le prescrizioni di prestazioni specialistiche (esami, prestazioni, visite, ecc.), essendo caratterizzate ai fini della loro prenotazione ed erogazione dal codice alfanumerico della ricetta, hanno validità fino alla data di esecuzione della prestazione richiesta.

2. Il medico è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. In particolare, il medico è tenuto a riportare con precisione il codice fiscale dell'assistito, all'annotazione, sulla ricetta e negli appositi spazi, del diritto del cittadino alla esenzione dalla partecipazione alla spesa, sia essa per status o per patologia o, eventualmente, per reddito, a condizione che tale diritto sia riconosciuto da apposita attestazione rilasciata dalla Azienda Sanitaria Locale ed in corso di validità.

3. Il medico è inoltre tenuto al rispetto delle norme definite dalla Regione in merito alla fornitura dei farmaci e presidi in nome e per conto del SSR, ai sensi della D.G.R. n. 5/18 del 8.2.2006 e della D.G.R. n. 44/20 del 25.10.2006 e successivi aggiornamenti e modificazioni.

4. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei medici, sia del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.

5. In relazione al disposto del comma 7 dell'articolo 50 dell'ACN, ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici abilitati all'utilizzo del ricettario SSN al puntuale adempimento di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati. A tal proposito l'Azienda predispone le misure idonee a far rispettare da tutti i propri medici prescrittori gli obblighi in materia prescrittiva previsti dall'art. 50 della legge 326/2003.

2.3 Valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi

1. Con il fine di tutelare in modo più appropriato lo stato di salute e meglio definire i bisogni socio sanitari e assistenziali della popolazione anziana, è necessario adottare protocolli operativi per la valutazione multiprofessionale degli assistiti e procedere alla costituzione delle Unità di Valutazione Territoriali (UVT), di cui il medico di medicina generale è parte integrante. Il medico di fiducia partecipa, in modo costante e regolare, alla definizione del percorso assistenziale e alla promozione della continuità delle cure del paziente fragile, nel rispetto dei metodi organizzativi stabiliti a livello distrettuale. Il MMG ha il compito di partecipare attivamente ai meccanismi di presa in carico globale del cittadino, e di promuovere e aderire alla gestione dei malati cronici nel rispetto di specifici piani di assistenza individuale.

2. Il medico condivide con l'UVT l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale del malato cronico ad uso del SSR anche per finalità epidemiologiche. La scheda sarà oggetto di successiva informatizzazione, in coerenza con i modelli e i parametri definiti del Sistema Informativo Regionale di cui al progetto MEDIR e sarà utilizzata dai medici sulla base dei protocolli informatici definiti da accordi regionali o aziendali.

3. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto dal MMG come esito di un processo di valutazione multidimensionale condotto nel rispetto dei commi precedenti, è remunerato con euro 80,00. Il PAI è contemplato nei seguenti casi:

- cure domiciliari integrate (CDI);
- inserimento in RSA e strutture di riabilitazione globale;
- valutazioni finalizzate all'attivazione del progetto "ritornare a casa" di cui alla D.G.R. n. 42/11 del 4/10/2006, per le quali non si prevede l'inserimento in CDI.

2.4 Informazione medico-scientifica nello studio del MMG

1. La Regione promuove l'informazione scientifica sul farmaco quale attività volta alla qualificazione professionale dei medici di medicina generale e alla appropriatezza prescrittiva. In tal senso particolare rilevanza è attribuita alla informazione indipendente, da erogarsi da parte di soggetti terzi rispetto agli

interessi economici di parte, da realizzarsi anche mediante gli strumenti previsti dalle norme regionali in materia e secondo le disposizioni definite dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 55/24 del 29.11.2005.

2. L'orario di apertura dello studio è dedicato in via esclusiva alla attività clinica ai cittadini che hanno esercitato la scelta nei confronti del medico.

3. In materia di informazione medico-scientifica, i medici di medicina generale sono tenuti all'osservanza delle disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale di cui al comma 1, con particolare riferimento alla piena disponibilità dell'orario di studio per l'attività clinica nei confronti degli assistiti.

4. I medici di medicina generale ricevono i rappresentanti delle aziende produttrici di farmaci e/o tecnologie sanitarie al di fuori dell'orario di studio comunicato alla ASL.

2.5 Disponibilità telefonica

1. Con l'obiettivo di migliorare l'assistenza e rispondere alle esigenze degli assistiti e del Servizio Sanitario Regionale, nell'ottica di una vera continuità assistenziale, per un miglior utilizzo dei servizi di 2° livello e dell'appropriatezza d'uso dei servizi di Pronto Soccorso e dei servizi d'urgenza ed emergenza dell'Azienda, è confermato l'istituto della disponibilità telefonica diurna

2. Per tale istituto viene corrisposta a ciascun medico la somma capitaria annuale di 2,58 euro. La Regione costituisce il fondo per la disponibilità telefonica, calcolato sulla base delle somme già autorizzate, riferite alla percentuale del 76% degli assistiti in ambito regionale. Il fondo così determinato è ripartito in ciascuna ASL, sulla base della spesa storica.

3. La disponibilità telefonica del medico deve essere garantita per otto ore giornaliere, comprensive degli orari di studio nei giorni feriali, dalle ore 10,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 20,00, e fatta esclusione degli orari di riferimento della continuità assistenziale. Il sabato la disponibilità telefonica è garantita dalle 8,00 alle 10,00. Sono fatte salvi differenti modalità stabilite negli Accordi aziendali.

4. Vengono confermate le indennità in atto alla data di approvazione del presente accordo.

5. Il medico deve comunicare ai propri assistiti, con idonei cartelli da affiggere in sala d'attesa, le modalità di erogazione del servizio e, con chiarezza, il numero di telefono dedicato. A livello aziendale possono essere concordate ulteriori forme di informazione all'utenza e di pubblicizzazione della forma di assistenza aggiuntiva.

6. E' compito dell'Azienda verificare l'effettiva disponibilità del medico al recapito telefonico dichiarato ai sensi di quanto previsto al presente articolo, secondo modalità definite dalla Regione. La documentata e immotivata indisponibilità del medico al recapito telefonico può comportare la sospensione dell'incentivo correlato all'istituto per un periodo minimo di tre mesi disposta dal Direttore Generale.

7. Avverso il provvedimento del Direttore generale di cui al comma 6 è ammessa istanza di riesame da parte del comitato aziendale ex art. 23 dell'ACN che esprime il proprio parere motivato e non vincolante entro 30 giorni dall'istanza medesima.

8. Le ASL sono tenute a verificare l'efficacia dell'istituto, anche attraverso il monitoraggio del numero di accessi agli ambulatori di continuità assistenziale nelle prime due ore di attività giornaliera dei giorni feriali e prefestivi, nonché del numero di accessi con codice bianco presso i Pronto Soccorso ospedalieri. In caso di evidenti anomalie emerse dal confronto delle attività in differenti ambiti o Distretti, il Direttore Generale, sentito il parere del comitato aziendale ex art. 23 ACN, può sospendere l'incentivo per un periodo minimo di tre mesi ai MMG operanti nell'ambito di riferimento.

9. L'ASL è tenuta a notificare con periodicità semestrale alla Regione le seguenti informazioni correlate alla verifica di efficacia dell'istituto:

- Numero di verifiche sulla corretta erogazione dell'attività;
- Numero casi di indisponibilità;
- Numero di accessi ai punti continuità assistenziale nelle prime due ore giornaliere di attività.

10. Al termine del primo anno di valenza del presente Accordo, anche sulla base della valutazione dell'efficacia dell'istituto, le risorse del fondo storico della disponibilità telefonica possono essere utilizzate, in tutto o in parte, sulla base degli accordi raggiunti dal comitato aziendale ex art. 23 ACN, a favore di

programmi finalizzati al miglioramento della continuità dell'assistenza prestata dai medici di medicina generale.

2.6 PROGRAMMA DI GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

1. Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 -2008 individua il diabete mellito come malattia ad alta specificità e rilevanza regionale, per la quale è necessario migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adozione di una logica di "lavoro in rete", in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare.

La Regione e le parti sindacali concordano che tale obiettivo deve essere perseguito attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale e servizi specialistici di diabetologia; detta integrazione si concretizza attraverso:

- una corretta ed efficace comunicazione;
- la condivisione dei dati clinici;
- la condivisione di linee guida sulla gestione del malato diabetico;
- la condivisione di percorsi di orientamento alla salute;
- l'adesione del paziente.

2. Il Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 29/2 del 5/7/2005 si propone di garantire la massima operatività al progetto di prevenzione delle complicanze del diabete nell'adulto e nel bambino, perseguendo gli obiettivi di ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione di arti, nefropatie, patologie cardiovascolari acute), di ridurre i tassi di ospedalizzazione dei pazienti diabetici e di migliorare la qualità della vita degli stessi.

3. L'attivazione della gestione integrata deve essere preceduta da un programma strutturato di formazione del MMG. I percorsi formativi devono essere realizzati in modo congiunto tra Diabetologi e MMG, e devono fornire competenze specifiche di ordine clinico e assistenziale, nonché competenze in ambito gestionale e valutativo, necessarie a creare i presupposti per avviare e sostenere l'organizzazione e la funzionalità del programma. I percorsi di formazione sono organizzati dalle ASL, nei limiti delle disponibilità del fondo di finanziamento previsto nell'Allegato 1 al presente AIR.

4. Presso ciascuna ASL sono attivati "team di progetto" (Specialista, MMG, Medici di Distretto) con il compito di avviare un monitoraggio nel tempo del processo di cura attraverso gli indicatori identificati a livello regionale ed eventualmente integrati secondo specifiche esigenze conoscitive locali.

A tale scopo il "team di progetto" si riunisce con frequenza di norma almeno quadrimestrale; gli esiti degli incontri di monitoraggio sono riportati in appositi verbali.

Il "team di progetto" ha, inoltre, il compito di monitorare l'equità di trattamento nell'erogazione dell'assistenza ai pazienti diabetici, indipendentemente dal loro arruolamento nel programma di gestione integrata.

5. Il programma di gestione integrata dei diabetici presuppone la costituzione di banche dati condivise tra gli operatori direttamente responsabili del processo di cura: l'informatizzazione rappresenta, quindi, il valore aggiunto che permette la realizzazione dei processi virtuosi, siano essi clinici, organizzativi o gestionali.

6. I medici che aderiscono al programma di gestione integrata dei propri assistiti con diabete sono tenuti al rispetto delle modalità operative di presa in carico e dei protocolli assistenziali definiti nel presente articolo e nell'allegato 2. Al medico è richiesto, in via preliminare:

- di completare il programma formativo predisposto dalla ASL sulla base dei contenuti e metodi definiti dalla Regione;
- di trasmettere alla ASL l'elenco di tutti gli assistiti con diagnosi di diabete nel rispetto delle modalità stabilite dalla stessa Azienda;
- di partecipare alla stesura del piano integrato di assistenza definito congiuntamente con il servizio di diabetologia di riferimento.

7. La Regione destina risorse per la realizzazione dei programmi di assistenza integrata dei diabetici nella misura indicata nell'allegato 1. Per ciascun piano integrato di assistenza attivato, il medico percepisce un compenso annuo di 60 euro, erogato di norma secondo frazioni mensili (5 €/mese); a seguito di valutazione positiva del percorso assistenziale, condotta nei termini descritti nel comma successivo, sono riconosciute al MMG ulteriori 40 euro/paziente/anno. I compensi, così come sopra definiti, includono i costi eventualmente

sostenuti dai medici per la partecipazione agli incontri di monitoraggio periodico, di cui al precedente comma 4.

8. Il programma di gestione integrata del paziente diabetico ha carattere sperimentale e durata di due anni. Entro 30 giorni dal termine del primo anno, sarà condotta la valutazione dei risultati ottenuti per l'eventuale rimodulazione del programma.

I processi di valutazione si distinguono in:

a) valutazione esterna o di sistema: finalizzata alla verifica dell'efficacia del programma regionale: è condotta dalla ASL e dalla Regione sulla base di indicatori di risultato riportati nell'allegato 2;
b) valutazione interna o di aderenza: finalizzata al riconoscimento del compenso aggiuntivo per i medici; è effettuata dal team di progetto sulla base di indicatori di processo riportati nell'allegato 2 e, in particolare:

- adesione alle raccomandazioni del protocollo di cui all'allegato 2;
- effettuazione delle visite e degli accertamenti e dei trattamenti definiti nel piano integrato di assistenza;
- utilizzo degli strumenti informatici definiti dalla ASL per la condivisione delle informazioni sanitarie;
- qualità dei dati forniti in termini di completezza, accuratezza e tempestività;
- conduzione degli incontri di monitoraggio periodico da parte del "team di progetto", nel rispetto delle frequenze minime stabilite dal precedente comma 4.

9. Per il primo anno di vigenza del presente accordo, è stabilito un tetto di spesa quantificabile nella percentuale del 45% degli assistiti diabetici per medico e per Distretto, secondo criteri di reclutamento definiti dal team "di progetto" che privilegino l'assunzione in carico di diabetici con esordio non superiore ai 5 anni; nel secondo anno tale limite è portato al 60%, previa verifica della copertura e dell'efficacia del programma condotta dalla Regione sulla base degli indicatori di processo e di risultato. Nei limiti del tetto computato a livello distrettuale, su istanza del medico interessato, l'ASL può autorizzare l'eventuale superamento del limite individuale.

10. Gli indicatori di processo e di risultato riportati nell'allegato 2 per la valutazione dei programmi di assistenza integrata, sono aggiornati nell'ambito delle attività della Commissione regionale per la prevenzione delle complicanze del diabete. I documenti prodotti dalla Commissione sono regolarmente trasmessi al Comitato ex art. 24 dell'ACN. Con periodicità trimestrale la ASL trasmette alla Regione la valorizzazione degli indicatori, riferiti a ciascun ambito di operatività dei "team di progetto".

11. La ASL è tenuta a fornire ai medici i presidi necessari al monitoraggio e valutazione della glicemia, in quantità correlate al numero degli assistiti inclusi nel protocollo di gestione integrata.

3) cure domiciliari – sviluppo dei servizi alternativi al ricovero

1. Le cure domiciliari rappresentano una forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione e comprendono prestazioni sociali e sanitarie erogate al domicilio del paziente, sotto la responsabilità clinica del medico di medicina generale.

Le parti si impegnano:

- a costruire e sostenere istituti ed attività finalizzati alla permanenza degli assistiti nel proprio domicilio, anche in casi di grave malattia,
- a favorire la deistituzionalizzazione delle persone ospitate da tempo in strutture residenziali e a promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio, in coerenza con il Programma "Ritornare a casa" (DGR n° 42/11 del 4-10-06),
- a potenziare e sostenere il ruolo della medicina generale nell'ambito delle cure domiciliari

2. Le Aziende Sanitarie Locali provvedono annualmente alla programmazione delle cure domiciliari integrate (già ADI) e dell'assistenza domiciliare programmata (ADP) nei confronti dei pazienti non ambulabili, sentite le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo.

3. La programmazione di cui al comma precedente, potrà prevedere ulteriori finanziamenti per ADI e ADP sulla base degli accordi aziendali mediante l'utilizzo del Fondo di contrattazione aziendale come disciplinato dal presente Accordo.

3.1 CURE DOMICILIARI INTEGRATE

1. Le Cure Domiciliari Integrate di cui all'art.53, comma 1, lettera a) dell'ACN, sono organizzate in ambito aziendale nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Giunta Regionale ed erogata secondo le disposizioni contenute nell'allegato H dell'ACN.

2. Oltre a quanto previsto dall'allegato H, art. 2, comma 2, i soggetti bisognosi di Cure Domiciliari Integrate potranno essere individuati tra quanti affetti da:

A - malattie oncologiche;

B – AIDS;

C - malattie cardio-respiratorie scompensate.

3. In relazione alla tipologia e intensità dei bisogni e alla complessità degli interventi si identificano i seguenti profili di cure domiciliari integrate:

- cure domiciliari integrate di primo livello;

- cure domiciliari integrate di secondo livello;

- cure domiciliari integrate di terzo livello comprese le cure domiciliari palliative e ai malati terminali.

Le cure domiciliari integrate di primo e di secondo livello si rivolgono a persone che, pur presentando sintomi di medio-bassa complessità, necessitano di continuità assistenziale e di interventi programmati multiprofessionali.

Le cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative e a malati terminali si rivolgono a persone che presentano bisogni con elevato livello di complessità e criticità specifiche:

- persone nella fase terminale della vita (oncologici e non);

- persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);

- persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche;

- persone con necessità di nutrizione parenterale;

- persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo.

4. Le cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative e a malati terminali comportano interventi, da parte dell'equipe di cura, programmati su 7 giorni settimanali e, nei casi di maggiore intensità, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore: nel programma assistenziale deve essere prevista la possibilità di attivare, in accordo con i medici della continuità assistenziale, accessi nei giorni prefestivi e festivi. In tal caso il medico della continuità assistenziale che effettua l'accesso ha diritto ad un compenso onnicomprensivo per ogni accesso effettuato pari a quello previsto per l'assistenza primaria. Tale compenso è riconosciuto al MCA anche nei casi in cui l'accesso è effettuato in modo non programmato in orario notturno e nei giorni prefestivi e festivi.

Nei casi di cure domiciliari rivolte a persone nella fase terminale della loro vita, i medici devono assicurare le terapie rivolte al controllo del dolore secondo protocolli definiti a livello regionale, nel rispetto dei principi stabiliti dalle norme vigenti in tema di prescrizione ed erogazione di farmaci analgesici.

5. L'accesso alle Cure Domiciliari Integrate avviene tramite il Punto Unico d'Accesso (PUA), laddove istituito, previa valutazione da parte della Unità di Valutazione Territoriale. Il medico di medicina generale è componente di diritto della UVT e, in tale ambito, partecipa alla valutazione multidimensionale del paziente ed alla redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Il medico di medicina generale è il responsabile sul piano medico professionale della attuazione del PAI e quindi:

a) coordina, in collaborazione con i responsabili aziendali, gli interventi sanitari e sociali eseguiti sul suo paziente e favorisce l'integrazione fra le diverse figure professionali sanitarie e sociali promuovendo incontri o presso il domicilio del paziente o presso il Distretto;

b) propone motivatamente eventuali modifiche al PAI;

c) si impegna ad eseguire, rispettando la periodicità indicata nel piano, gli accessi al domicilio;

e) si impegna ad annotare le sue osservazioni nella cartella clinica tenuta al domicilio.

6. L'ufficio delle cure domiciliari del Distretto è tenuto a comunicare ai MCA l'elenco aggiornato degli assistiti inseriti in programmi di cure domiciliari e domiciliati in ciascun ambito.

7. Per la redazione del PAI nel rispetto dei modelli organizzativi definiti dalla programmazione aziendale e per lo svolgimento delle attività sopra riportate, il MMG è remunerato con un compenso onnicomprensivo di euro 80,00. Ciascun accesso effettuato nei confronti degli assistiti è remunerato con un compenso onnicomprensivo rispettivamente di:

- CD integrate di terzo livello: 23,00 euro;
- CD integrate di secondo livello: 22,00 euro;

- CD integrate di primo livello: 21,00 euro.

8. Il presente Accordo Integrativo Regionale prevede la possibilità di sperimentare, da parte delle ASL, modelli che portino al superamento del sistema di remunerazione ad accesso del medico di assistenza primaria, per lo svolgimento delle Cure Domiciliari Integrate, a favore di un sistema che privilegi i percorsi assistenziali e il livello di intensità delle cure. Tale sistema presuppone:

- La definizione della complessità di tipologia assistenziale delle persone assistite in Cure Domiciliari Integrate;
- La correlazione, a tale tipologia, del carico assistenziale, secondo uno schema di accessi e di prestazioni predefinite;
- La definizione di obiettivi assistenziali;
- La verifica dei risultati raggiunti.

Il trattamento economico è quindi definito sulla base del PAI che, a tal fine, deve contenere i seguenti elementi minimi:

- il profilo di cura domiciliare integrata assegnato dalla UVT;
- la durata complessiva prevista delle Cure Domiciliari Integrate;
- la periodicità degli accessi del medico di assistenza primaria.

Sulla base dei criteri sopra riportati, nella tabella seguente sono definiti i trattamenti economici per singolo piano assistenziale, ottenuti come prodotto tra il valore tariffario per livello assistenziale (colonna A), l'indice di carico assistenziale (GEA) (colonna B) e la durata complessiva delle cure domiciliari prevista dal PAI (calcolata al netto di periodi eventualmente intercorsi di ricovero presso strutture ospedaliere o strutture residenziali territoriali) (colonna C). Nel caso in cui il progetto di cura non è concluso, per sopravvenute dimissioni o trasferimenti, la remunerazione del piano assistenziale è calcolata per la durata effettiva delle cure domiciliari.

Profilo di Cura Domiciliare integrata	A	B			C	Remunerazione Piano Assistenziale
	Tariffa/Accesso	Indice GEA (gg. Effettive di assistenza/gg di cura)			Giornate di Cura	
Livello Intensità Assistenziale		Basso	Medio	Alto		
CD Integrate di Primo Livello	21,00	1/7			Gg	AxBxC
CD Integrate di Secondo Livello	22,00	1/7	2/7		Gg	AxBxC
CD Integrate di Terzo Livello e CD Palliative e a malati terminali	23,00	1/7	2/7	3 o più/7	Gg	AxBxC

Al termine del piano assistenziale o negli altri casi previsti, l'UVT avrà il compito di valutare l'adesione delle attività assistenziali al PAI e il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto di assistenza e di stabilire il successivo percorso assistenziale

Il trattamento economico, per singolo piano assistenziale, è liquidato al medico di assistenza primaria con cadenza mensile a decorrere dal secondo mese dell'avvio del programma e nella misura dell'80% della remunerazione prevista. L'erogazione della restante quota del 20% è condizionata al raggiungimento degli obiettivi assistenziali dichiarati nel PAI.

9. La dimissione dalle CDI può avvenire, oltre che per decesso:

- per scadenza del Piano Assistenziale
- per miglioramento e passaggio a forme di assistenza meno intense (ADP, assistenza domiciliare semplice);
- per necessità di trasferire il paziente in struttura protetta a causa del venir meno delle condizioni socio ambientali o sanitarie che consentono di mantenerlo al domicilio.

10. Fatti salvi i modelli organizzativi definiti dalla programmazione regionale, l'Azienda Sanitaria Locale può sperimentare, attraverso accordi raggiunti in sede di contrattazione aziendale, modelli di Cure Domiciliari Integrate gestite nell'ambito delle équipes territoriali e/o delle Case della Salute, realizzando forme di integrazione professionale dell'assistenza per il perseguimento degli obiettivi e attività definite nei PAI.

11. La parti concordano di adottare la modulistica riportata in allegato 4 al presente Accordo per la predisposizione del PAI, al fine di dare compiutezza a quanto definito nei punti precedenti.

3.2 ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI NON AMBULABILI (ADP)

1. L'ADP viene erogata dai medici di Assistenza Primaria in osservanza delle disposizioni di cui all'Allegato G dell'ACN. In particolare, la proposta motivata del medico di assistenza primaria dovrà contenere:
 - a) la causa che determina la impossibilità da parte dell'assistito ad accedere allo studio del medico;
 - b) la/le patologie che determinano la necessità degli interventi domiciliari programmati;
 - c) il programma assistenziale proposto (con indicazione dei tempi, delle cadenze e delle modalità dell'assistenza).
2. Il numero degli accessi retribuiti al medico, in funzione della percentuale del 20% o altra determinazione, viene calcolato sulla base del compenso mensile corrisposto al medico al momento della attivazione del programma di assistenza. Non è dovuta la ripetizione delle somme eccedenti il 20% o altra determinazione in caso di successiva riduzione dei compensi mensili.
3. Le parti concordano di adottare la modulistica del precedente AIR fino alla definizione di nuovi allegati approvati dal Comitato Regionale di cui all'art. 24 del ACN.

3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE NELLE RESIDENZE PROTETTE E COLLETTIVITÀ (ADR)

1. Le attività, le modalità organizzative ed i compensi correlati alla Assistenza domiciliare nelle residenze protette e collettività, sono definiti nell'Allegato 5 del presente accordo.
2. Nelle more dell'attivazione dell'assistenza residenziale potranno essere utilizzate, qualora ne ricorrano le condizioni, le altre forme di assistenza domiciliare programmata di cui al punto a) e b) del comma 1 dell'art. 53 dell'ACN.
3. L'assistenza di cui al presente articolo non è erogabile nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 25/6 del 13 giugno 2006.

3.4 ASSISTENZA DOMICILIARE TEMPORANEA PER ACUTI (ADTA)

1. Al fine di contenere i ricoveri ospedalieri per particolari malattie acute, è previsto in via sperimentale l'istituto dell'Assistenza Domiciliare Temporanea per Acuti (ADTA). L'istituto è rivolto agli assistiti che presentano quadri clinici acuti per i quali è più appropriata l'assistenza da parte del medico di medicina generale attraverso accessi programmati a domicilio, l'esecuzione di prestazioni specialistiche da questi richiesti, la somministrazione di trattamenti terapeutici e il monitoraggio della loro efficacia.
2. L'Assistenza Domiciliare Temporanea per Acuti è attivata dal MMG, il quale è tenuto a comunicare alla ASL, entro 24 ore dall'avvio, i seguenti elementi informativi minimi:
 - anagrafica dell'assistito;
 - quadro clinico dell'assistito;
 - durata del programma.
3. Il programma di Assistenza Domiciliare temporanea per Acuti, può essere attivato per una durata limitata e comunque per un periodo non inferiore a una settimana e non superiore alle tre settimane e deve prevedere:
 - un numero di accessi non inferiore a quattro per settimana;
 - la compilazione di una scheda sanitaria individuale nella quale sono documentati il quadro clinico e la sua evoluzione, gli accertamenti specialistici effettuati, la terapia, il monitoraggio e gli esiti del trattamento e, per ciascun accesso, le prestazioni effettuate; copia di detta scheda è trasmessa da parte del MMG alla ASL al termine del programma.
4. Le parti concordano che, in una prima fase sperimentale, è consentita l'attivazione del programma di Assistenza Domiciliare Temporanea per Acuti per le seguenti patologie ad elevato rischio di ospedalizzazione:
 - infezioni acute gravi dell'apparato respiratorio, in assenza di comorbilità grave;
 - affezioni acute dell'apparato gastro-intestinale;
 - stati anemici carenziali che necessitano di terapia infusione;
 - coliche pieloureterali complicate ed associate a sintomi di infezione delle vie urinarie.

5. La ASL, nell'ambito del comitato aziendale, specificano i criteri clinici di accesso all'istituto e possono eventualmente individuare ulteriori patologie, con particolare riferimento a quelle di maggiore prevalenza nel territorio, che siano responsabili di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza.

6. Al medico di medicina generale è corrisposto un compenso omnicomprensivo di € 23,00 ad accesso. I compensi sono liquidati entro 30 giorni dal termine del programma, previa presentazione, da parte del MMG, della documentazione di cui al comma 3.

7. I compensi per le prestazioni di ADTA concorrono al raggiungimento del tetto previsto dall'art. 59 lettera C, comma 2, dell'ACN.

8. La ASL può, in ogni momento, verificare presso il domicilio degli assistiti la necessità degli interventi attivati.

9. L'istituto ha carattere sperimentale e durata di un anno; al termine del primo anno di vigenza del presente Accordo, la Regione effettua una valutazione dell'efficacia del programma attivato, sulla base della quale potrà essere prevista la proroga o la rimodulazione dell'istituto.

3.5 Forme alternative al ricovero ospedaliero

1. Le Aziende Sanitarie Locali potranno attivare, nell'ambito degli Accordi aziendali con i sindacati rappresentativi ai sensi del presente Accordo, la sperimentazione di forme alternative al ricovero ospedaliero in aree critiche del territorio con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale, con particolare riferimento a:

- a. forme di ricovero diurno o a degenza ordinaria in strutture specificamente dedicate (ospedali di comunità), in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari di riconversione di piccoli ospedali in strutture a bassa complessità assistenziale e sulla base di modelli organizzativo-gestionali definiti;
- b. partecipazione alla gestione di esperienze di ospedalizzazione domiciliare, nell'ambito dei programmi distrettuali delle cure domiciliari integrate ad alta intensità assistenziale;
- c. realizzazione di strutture a forte integrazione delle attività sociosanitarie di base (Casa della Salute).

2. I progetti di cui al comma 1, dovranno prevedere:

- a. l'individuazione degli obiettivi da perseguire ed i tempi di realizzazione;
- b. l'individuazione delle procedure da seguire, degli strumenti da utilizzare e del personale da coinvolgere;
- c. la definizione di eventuali momenti formativi del personale coinvolto nel progetto;
- d. le modalità di verifica dei risultati conseguiti;
- e. i costi da sostenere riferite alle diverse voci di spesa (personale, attrezzature, materiale vario, etc.);

3. Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo saranno definite le linee guida per l'organizzazione delle Case della Salute.

4) RAPPORTO OSPEDALE TERRITORIO

4.1 APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI E DEGLI ACCESSI AI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO

1. Sono demandate alla contrattazione aziendale, le modalità operative con le quali ciascuna ASL conduce la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri sulla base delle informazioni rese disponibili dai flussi SDO ed elaborati su base, di norma, distrettuale.

Le aziende individuano le principali criticità che emergono dalla valutazione dai tassi di ospedalizzazione specifici per area territoriale e definiscono gli obiettivi e le azioni di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, ivi comprese le azioni di monitoraggio delle prescrizioni di ricovero e di monitoraggio degli accessi al Pronto Soccorso per problematiche di minore gravità.

In particolare, la valutazione deve riguardare il numero, le modalità di ricovero e i trattamenti erogati per i 26 DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza definiti dal DPCM 29/11/2001 sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, così come modificato in sede tecnica con successivi provvedimenti.

Tutti i medici sono corresponsabilizzati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo dei servizi ospedalieri, anche attraverso la partecipazione ad audit organizzati dalle ASL su temi specifici, l'adozione di adeguati percorsi di condivisione che prevedano il coinvolgimento di tutte le figure professionali (MMG, MCA, specialisti e ospedalieri).

4.2 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di medicina generale sono quelle elencate nell'allegato D dell'ACN.

2. Al fine di ridurre il numero di accessi al pronto soccorso per prestazioni eseguibili dai medici di medicina generale, il valore della tariffa per le prestazioni di seguito elencate e appartenenti al nomenclatore tariffario riportato nell'allegato D dell'ACN, è modificato come di seguito indicato:

- Prima medicazione: 15,00 €uro
- Sutura di ferita superficiale 5,00 €uro
- Cateterismo uretrale nell'uomo 12,00 €uro
- Cateterismo uretrale nella donna 5,00 €uro
- Fleboclisi (unica eseguibile in urgenza) 15,00 €uro.

3. Sono, inoltre, confermate le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PIP) e le tariffe introdotte dall'AIR 2002, con la sola esclusione della rilevazione dei valori glicemici su prelievo capillare negli assistiti inseriti in programmi di gestione integrata.

4.3 Attività informatiche integrative

1. Il presente Accordo individua le azioni strategiche della medicina generale necessarie a perseguire gli obiettivi di programmazione regionale, in coerenza con il progetto del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISAR) e con il progetto MEDIR, in merito alla realizzazione, secondo standard e strumenti uniformi nel territorio regionale, di un sistema informativo sanitario. In particolare si intende dare attuazione a:

- a) la disponibilità delle informazioni sanitarie necessarie alla compilazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- b) la rete dei medici di medicina generale;
- c) il supporto informatico alle forme associative della medicina generale;
- d) la trasmissione telematica dei referti specialistici;
- e) la trasmissione telematica delle certificazioni;

2. Oltre a quanto previsto dal comma precedente le parti si impegnano ad individuare gli strumenti e le modalità finalizzati al recepimento dei flussi informativi da utilizzarsi per il monitoraggio dell'assistenza territoriale e della relativa spesa sanitaria, sia a livello regionale sia aziendale, anche attraverso la compilazione di specifici record relativi alla fornitura di dati in materia di prescrizione farmaceutica e specialistica. Pertanto potranno essere previste ulteriori attività informatiche da concordarsi tra le parti nell'ambito degli Accordi aziendali.

3. Le parti si impegnano a determinare, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, gli standard informatici minimi della scheda sanitaria individuale compatibili con la partecipazione alla rete MEDIR. In mancanza di tale determinazione, la Regione provvede con apposita determinazione in merito.

4. In rapporto a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 36 dell'ACN, la Regione si impegna a mettere in atto tutti gli adempimenti tecnici e amministrativi per realizzare la massima diffusione tra i medici di medicina generale della connettività veloce a banda larga onde facilitare la realizzazione della rete informativa sanitaria.

5. Le attività di cui ai commi 1 e 2 sono regolate da appositi accordi tra le parti, da stipularsi in sede aziendale, che prevedano la definizione articolata dei compiti e dei compensi al medico di medicina generale in coerenza con i livelli di finanziamento previsti dal presente Accordo.

6. Ulteriori specifiche attività informatiche, anche correlate alla gestione informatica delle attività in favore di specifiche categorie di malati o di comunità, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi aziendali.

7. La corresponsione dell'indennità di collaborazione informatica prevista dall'art. 59 lett. B) dell'ACN nella misura di € 77,47 (indennità forfetaria mensile) è subordinata al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e della richiesta di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico, della stampa del codice fiscale, nel rispetto degli standard di cui all'allegato 3. Le Aziende provvedono al riscontro di detta soglia mediante il supporto del sistema della Tessera Sanitaria (articolo 50 della L. 236/2003). (Legge 23 dicembre 2005, n. 266 art. 1 comma 275).

5) AZIONI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

5.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE

1. Le parti convengono che il programma di valutazione del rischio cardiovascolare, così come definito da parte della specifica commissione regionale costituita nell'ambito dei progetti del Piano Regionale di Prevenzione, rappresenta un obiettivo strategico di promozione della salute degli assistiti.

2. Il medico può aderire alla realizzazione del programma su base volontaria.

3. A tal fine, il medico che aderisce al programma è chiamato a documentare con le modalità definite dalla ASL, l'elenco degli assistiti appartenenti al gruppo target, invitati, contattati e valutati, nonché l'esito delle operazioni di calcolo. Il medico è, inoltre, tenuto:

- a consegnare ai propri assistiti la scheda sintetica di rischio;
- a partecipare agli eventi formativi finalizzati alla conduzione, al monitoraggio e valutazione della qualità del programma;
- ad applicare le linee guida per la gestione degli assistiti risultati a rischio.

1. I dati relativi agli assistiti valutati devono essere inseriti in apposita banca dati informatizzata.

2. Per l'adesione al programma a ciascun medico è corrisposto un compenso pari ad una quota capitaria di 0,50 Euro, di cui 0,15 a seguito di valutazione positiva.

3. La valutazione della partecipazione del medico al programma è condotta dalla ASL, sulla base degli indicatori definiti dalla Regione e con il coinvolgimento delle rappresentanze dei MMG. Il riconoscimento della remunerazione è condizionato al raggiungimento, per ciascun medico, di una proporzione di assistiti a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare, pari ad almeno il 30% nel primo anno e al 50% nel secondo anno di applicazione del presente AIR. Detta proporzione è riferita alla sola popolazione di età compresa tra i 35 e i 69 anni.

6) MMG e RUOLO NEL DISTRETTO

6.1 attività di tutela dei soggetti fragili

1. Le Aziende Sanitarie Locali individuano specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione. A tal fine particolare rilevanza organizzativa va data a:

- a. l'attività clinica dedicata, anche mediante l'attivazione di specifici ambulatori con la gestione diretta da parte dei medici di medicina generale, nel proprio studio o in strutture dell'Azienda;
- b. l'attività di prevenzione individuale, ivi comprese le vaccinazioni;
- c. l'informazione alle persone in merito agli stili di vita e alle abitudini socio-sanitarie;
- d. la formazione dei tutori sociali delle persone fragili e accompagnate, al fine di ottimizzare l'assistenza da parte della collettività;
- e. l'attività di tutela sociale, anche in correlazione ai compiti e alle funzioni del Punto Unico d'Accesso e in collaborazione con le strutture sociali degli Enti Locali;
- f. l'ingresso degli extracomunitari in attesa di regolarizzazione nel sistema di rete, anche informatico, del SSR;

g. ogni altra attività ritenuta utile.

2. Le attività di cui al comma precedente sono realizzate mediante specifici progetti assistenziali concordati tra la ASL e i medici interessati, sulla base di specifici progetti definiti nell'ambito degli Accordi aziendali.

6.2 APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

1. In coerenza con l'obiettivo di rafforzare il ruolo del MMG nell'attività territoriale, riconosciuto il diffuso comportamento nella categoria di assicurare elevati livelli di accessibilità ai servizi da parte dei propri assistiti, al fine di consentire la realizzazione dell'insieme delle attività assistenziali previste dall'AIR, i MMG si impegnano ad ampliare, in coerenza con l'art. 36, comma 5 e l'art. 47, comma 8 dell'ACN, l'apertura settimanale degli studi professionali con orario dedicato all'insieme delle attività integrative rivolte ad assistiti affetti da patologie croniche, in relazione al numero degli assistiti in carico, secondo la seguente articolazione:

- fino a 500 assistiti: 1 ora settimanale.
- da 500 a 1.000 assistiti: 2 ore settimanali;
- da 1.000 a 1.400 assistiti: 3 ore settimanali;
- più di 1.400 assistiti: 4 ore settimanali.

2. L'ambulatorio ordinariamente adotta la modalità di accesso per prenotazione, garantendo in ogni caso durante l'orario di apertura l'accesso ai casi che presentino caratteristiche di urgenza anche in assenza di prenotazione.

3. Al fine di qualificare l'appartenenza del medico al sistema sanitario regionale, le ASL forniscono ciascun ambulatorio medico di una targa, dove poter riportare con modalità standardizzate, l'orario di apertura degli ambulatori in cui opera ciascun medico, il quale è tenuto ad esporla. Deve essere contenuta l'esigenza di garantire la specificità e il riconoscimento di ciascun convenzionato e, allo stesso tempo, di rafforzare il valore dell'appartenenza del medico al sistema sanitario regionale. La dimensione, l'aspetto e il contenuto della targa sono definiti in accordo con le OOSS.

6.3 Programmi di attività e livelli di spesa programmati

1. I livelli di spesa programmati sono strumenti gestionali con obiettivi di riferimento correlati nell'ambito di programmi aziendali e distrettuali finalizzati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili.

2. Al fine del raggiungimento degli obiettivi di livelli di spesa programmati, in accordo con i sindacati rappresentativi potranno essere individuati specifici progetti e programmi di attività secondo quanto definito dalla programmazione regionale e dagli obiettivi assistenziali di cui al presente Accordo.

3. Nella identificazione dell'oggetto dei livelli di spesa programmati si dovrà tenere conto, oltre che di specifici problemi locali, anche delle eventuali indicazioni in ordine ai tetti di spesa e di attività che la Regione stabilisce in sede di definizione degli obiettivi che le aziende dovranno perseguire.

4. Ai fini di una valutazione equa e corretta della spesa sanitaria determinata ed indotta dai medici di medicina generale e ai fini della corretta formulazione dei livelli di spesa, occorre realizzare una analisi delle varie componenti della spesa e, principalmente, delle seguenti:

- a. spesa farmaceutica;
- b. spesa per attività specialistiche e riabilitative;
- c. spesa per attività di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- d. spesa per i ricoveri ospedalieri;

5. L'analisi complessiva e articolata delle componenti di spesa sopra indicate, aggregate per ogni assistito sul medico di medicina generale che lo ha in carico, deve consentire di delineare in modo articolato il profilo del comportamento prescrittivo dei medici e di estrapolare quello del medico di medicina generale e dei conseguenti costi ad esso imputabili.

6. Ogni progetto di livello di spesa programmato deve essere fondato su un preventivo sistema di analisi dei consumi che comprenda il maggior numero di dati di spesa tra quelli indicati al comma 4 del presente articolo.

7. Unitamente ad una valutazione complessiva dei costi sanitari dell'assistito, devono essere attivate tutte le iniziative necessarie per garantire che, nella determinazione della spesa da imputare al medico di medicina generale, non si verifichino distorsioni derivanti da improprio comportamento prescrittivo da parte della componente specialistica, sia essa ambulatoriale che ospedaliera.

8. A tal fine i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e quelli delle Aziende Ospedaliere, nel rispetto di quanto previsto anche dall'articolo 51 dell'ACN del 23.3.2005, provvederanno a:

- a. dare diffusione e vigilare sulla attuazione delle disposizioni che regolano i rapporti tra medici di Assistenza Primaria, medici specialisti e della speditività relativamente alle procedure di accesso a prestazioni di carattere diagnostico e specialistico, ed alle prescrizioni terapeutiche;
- b. attivare iniziative che consentano la conoscenza della situazione in cui si verifica un distorto uso delle procedure previste.

9. Le parti ritengono che nella definizione dei livelli di spesa programmati l'individuazione del gruppo dei medici partecipanti al progetto può essere effettuata con riferimento ai medici operanti in un intero Distretto o, soprattutto nelle realtà di grandi comuni, a gruppi di almeno 20 medici. Gli accordi concernenti il rispetto dei tetti di spesa programmati possono essere definiti con riferimento ai medici di medicina generali operanti in forma singola o associata.

10. La definizione di obiettivi di spesa a livello collettivo deve consentire di poter correttamente individuare un livello medio di carico assistenziale (su cui poter definire standard di spesa) data l'ampia variabilità del numero di assistiti in carico, e quindi di poter prefigurare la maggiore rappresentatività della realtà socio-assistenziale.

11. I livelli di spesa programmati devono essere preferibilmente riferiti all'intero anno solare, e nello stesso anno possono essere definiti anche più livelli di spesa programmati relativi ad aspetti diversi dell'assistenza. Qualsiasi progetto di livello di spesa programmato dovrà prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati.

12. Fermo restando che l'obiettivo di razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili è volto non solo al rispetto dei tetti di spesa ma anche alla qualità dell'assistenza erogata, una volta definito per il gruppo dei medici il livello di spesa, parte dei risparmi gestionali devono essere reinvestiti in azioni di sistema finalizzate al potenziamento della medicina generale.

13. Nessun incentivo economico diretto potrà essere erogato ai medici in correlazione al raggiungimento degli obiettivi di risparmio conseguiti.

14. In considerazione del fatto che l'aggregazione dei medici per Distretto è soluzione preferenziale, anche volta alla realizzazione di forme gestionali a livello distrettuale, è impegno delle ASL e delle Organizzazioni Sindacali stimolare il forte radicamento del medico di medicina generale nel Distretto, per pervenire non solo ad una sua maggiore corresponsabilizzazione nell'uso delle risorse disponibili, ma anche ad una sua migliore possibilità di raccordo con i servizi distrettuali e di intervento propositivo.

6.4 Formazione

1. La Regione definisce annualmente, sentiti gli ordini professionali, le società scientifiche nonché le associazioni professionali interessate, il monte crediti formativi necessario per l'anno successivo. Per consentire la realizzazione dei corsi formativi ai medici di medicina generale, anche nel rispetto della programmazione regionale, Le Aziende riservano una somma pari al 10% delle risorse finanziarie destinate alla contrattazione Aziendale.

2. Danno luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione, anche in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni, con atto da adottarsi entro 90 giorni dalla pubblicazione nel BURAS del presente Accordo.

3. Al fine di realizzare compiutamente le attività formative regionali ed aziendali di cui al presente articolo, la Regione istituisce una Commissione Tecnica per la Formazione dei medici di medicina generale, definita secondo i parametri di cui al comma successivo. La CTF dei MMG si raccorda funzionalmente con la Commissione Regionale per la Formazione, nei casi in cui è utile mantenere unitarietà di obiettivi formativi tra i MMG e gli altri operatori della ASL.

4. La Commissione Tecnica per la Formazione è composta da 1 rappresentante per ciascuna società scientifica della medicina generale, da 2 componenti indicati dal Comitato regionale di cui all'art. 24 del presente Accordo, da 4 esperti nominati dall'Assessore regionale alla sanità e da 1 componente di parte ordinistica, nominato dalla federazione regionale degli ordini dei medici, ove costituita, o dal Presidente dell'Ordine dei medici del capoluogo regionale. I compiti della commissione sono individuati dall'articolo 20 comma 4 dell'ACN.

5. Alla Commissione Tecnica per la Formazione è inoltre affidato il compito di predisporre un modello integrato di governo della formazione, a tutti i livelli (istituzionali e non) con il coinvolgimento della Regione, dell'Università, degli Ordini Professionali, delle Aziende Sanitarie e delle rappresentanze dei medici del sistema di cure primarie, al fine di realizzare contenuti e metodologie appropriate per la formazione pre-laurea, per la formazione abilitante, per la formazione specifica e per quella continua con la partecipazione attiva di tutte le componenti interessate.

6. Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo nel BURAS, la Regione, in accordo con le parti firmatarie del presente contratto integrativo, disciplina:

- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici di medicina generale;
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale;
- c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
- d) i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco;

7. In via prioritaria le parti firmatarie del presente Accordo ritengono di dover procedere alla realizzazione di un piano di formazione sulle seguenti patologie:

- (a) il diabete mellito;
- (b) la malattia ipertensiva;
- (c) utilizzo delle carte di rischio nel calcolo del rischio cardiovascolare;
- (d) lo scompenso cardiaco;
- (e) la malattia peptica;
- (f) le BPCO;
- (g) le dislipidemie;
- (h) la malattia oncologica e le cure palliative.

8. Al Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN è demandata la verifica dell'attuazione del programma di formazione che verrà effettuata entro il mese di ottobre di ogni anno.

6.5 Programmazione e monitoraggio delle attività – osservatorio regionale per l'appropriatezza

1. La definizione di un sistema di indicatori e di strumenti di valutazione per la misura dei percorsi di razionalizzazione delle attività sanitarie territoriali anche al fine di fornire dati sulla produttività e sulla qualità delle prestazioni erogate e che possano rilevare il giusto valore, in termini di competitività virtuosa, alle azioni assistenziali distrettuali, è obiettivo comune delle parti firmatarie del presente Accordo.

2. Il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal presente Accordo Integrativo Regionale e dal Programma delle attività distrettuali concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto.

Il monitoraggio verrà effettuato utilizzando gli strumenti definiti nell'ambito del Comitato Regionale di cui all'articolo 24 dell'ACN, in collaborazione con l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza.

3. Al fine del perseguimento degli obiettivi di cui al comma 2, entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'Accordo, le parti si impegnano a produrre, nell'ambito del Comitato Regionale di cui all'articolo 24 dell'ACN, anche con la collaborazione dell'Osservatorio per l'Appropriatezza del presente Accordo, un allegato tecnico specifico a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali.

4. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

- a) l'andamento, per la parte concernente la medicina generale, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;

- b) le attività connesse al governo clinico e alla promozione della qualità dell'assistenza disciplinate e in particolare:
- Adesione a linee guida cliniche;
 - Rispetto di linee guida sul farmaco;
 - Adesione e partecipazione al progetto sul calcolo del rischio cardiovascolare;
- c) l'adesione al programma Medir;
- d) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali. Il monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e delle prestazioni sanitarie sarà orientata dalle indicazioni fornite dall'Commissione regionale sul farmaco.

5. E' confermato e rinnovato nella sua operatività l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle prestazioni sanitarie al fine di assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, per le finalità di cui al presente articolo ed all'articolo 27 dell'ACN. Il Comitato regionale individua i rappresentanti dei medici di medicina generale che ne faranno parte.

6. Detto Osservatorio è presieduto dall'Assessore Regionale all'Igiene e Sanità o suo delegato, ed è composto da rappresentanti di tutte le componenti sanitarie interessate sia convenzionate che strutturate, con un'adeguata rappresentanza dei medici di medicina generale.

7. Compito dell'Osservatorio è quello di fornire indirizzi generali relativi alla individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali, ed in particolare alla formulazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle ASL per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

7) GOVERNO CLINICO E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

1. E' obiettivo strategico del Piano Sanitario Regionale la promozione del miglioramento della qualità dell'assistenza, favorendo la condivisione con i medici di medicina generale degli obiettivi di salute. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e agli esiti. Insita nel concetto di governo clinico è la capacità di monitorare i fenomeni al fine di conoscerli e gestirli per indirizzarli verso una migliore qualità dell'assistenza.

2. Obiettivi di governo clinico:

- 1) Miglioramento della continuità dell'assistenza attraverso la condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici tra professionisti operanti a livello di distretto (MMG, MCA, MSA) e ospedaliero. I percorsi sono attuati in forma prioritaria all'assistenza delle patologie croniche a maggiore impatto socio-sanitario e finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa del processo assistenziale.
- 2) Appropriatezza della prescrizione farmaceutica attraverso l'attivazione di forme operative di continuità terapeutica tra assistenza ospedaliera e distrettuale, l'adesione e partecipazione agli studi e programmi di informazione indipendente sui farmaci, partecipazione ad audit prescrittivi sull'utilizzo dei farmaci fuori brevetto e dei farmaci equivalenti a minor costo.

3. I progetti e gli interventi per la promozione del governo clinico sono remunerati attraverso il fondo di all'art. 59 lettera B) comma 15 (3,08 per quota capitaria). Il riconoscimento a ciascun medico della quota capitaria di 3,08 euro è soggetto a monitoraggio.

4. Il medico che non intende aderire ad uno o entrambi gli obiettivi di governo clinico, è tenuto a comunicarlo alla ASL. La ASL è chiamata a svolgere in qualsiasi momento le opportune verifiche sul corretto espletamento delle attività.

7.1. MIGLIORAMENTO DELLA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DI LINEE GUIDA E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI TRA PROFESSIONISTI

1. L'attività del MMG correlate al perseguimento di questo obiettivo di governo clinico sono le seguenti:

- a) Implementazione dei protocolli sulla terapia del dolore cronico e sulle cure palliative;
- b) Partecipazione ai programmi aziendali di screening oncologico.

2. Tale obiettivo è remunerato con 1,54 euro a quota capitaria.

3. L'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza definisce entro 60 giorni dalla sottoscrizione dell'AIR le linee guida e i protocolli sulla terapia del dolore, al fine di renderne omogenea l'applicazione nel territorio regionale.

4. Ai medici saranno forniti dall'Azienda tutti i dati utili ad individuare gli assistiti coinvolti nei programmi di screening oncologico e, in particolare di quelli che non abbiano aderito all'invito a partecipare all'attività di prevenzione prevista dal progetto.

5. Ai medici partecipanti saranno inoltre forniti i dati di valutazione ed i risultati dei test relativi alle persone che abbiano aderito al programma di prevenzione oncologica. Il medico partecipa attivamente alla "pulizia" delle liste dei propri assistiti appartenenti alla popolazione target, secondo le modalità definite a livello aziendale, contribuisce ad aumentare la consapevolezza nei propri assistiti dei vantaggi e delle opportunità offerte dai programmi di prevenzione oncologica.

6. La valutazione dei risultati conseguiti è effettuata dal Comitato Aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, di norma per ambito distrettuale di operatività del MMG, sulla base di report di attività forniti dai servizi dell'Azienda deputati al monitoraggio delle attività di governo clinico.

7. Le ASL si impegnano a fornire alla Regione, con cadenza annuale, i dati di risultato su base di norma distrettuale sull'efficacia d'utilizzo delle linee guida, rappresentati nel rispetto degli indicatori definiti dall'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza. Per la valutazione dell'efficacia dei programmi di screening sono utilizzati gli indicatori già definiti a livello regionale.

7.2 APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

1. I medici che aderiscono al programma sono tenuti adottare le seguenti azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva: applicazione di linee guida sul farmaco, adesione e partecipazione agli studi e programmi di informazione indipendente sui farmaci organizzati dalla Regione e dalle ASL, partecipazione ad audit prescrittivi organizzati dai medici dell'equipe, o aderenti a gruppi di approfondimento tematico a valenza distrettuale o sub-distrettuale, rispetto dei valori di riferimento per specifiche categorie di farmaci definite dalla regione e/o dall'Osservatorio regionale per l'appropriatezza, secondo le modalità di seguito riportate.

2. Sulla base della documentazione scientifica comprovante l'equivalenza terapeutica e/o i profili di efficacia delle differenti molecole, nonché dei report di consumo e di spesa elaborati per ciascuna ASL e resi disponibili dalla Regione, l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza propone nuove classi di farmaci oggetto di monitoraggio, protocolli prescrittivi, indicatori di risultato e rispettivi valori di riferimento ad uso dei medici e delle Aziende Sanitarie Locali per la valutazione delle azioni poste in essere e correlate a specifici obiettivi di controllo di specifiche aree farmaceutiche. Tale proposta deve essere approvata dal Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN.

3. La valutazione dell'efficacia delle azioni di riqualificazione dell'appropriatezza prescrittiva è effettuata sulla base dei seguenti indicatori di processo, periodicamente aggiornati dalla Regione:

- a) Numero di medici che hanno partecipato ad interventi strutturati di informazione indipendente organizzati dalla Regione o dalla ASL;
- b) Numero di medici che hanno partecipato ad audit prescrittivi strutturati organizzati dai MMG in forma associata e a livello di distretto o ambiti vasti;
- c) Spesa farmaceutica territoriale riferita alle categorie specificamente individuate, considerata su base distrettuale o subdistrettuale, e scostamento dai valori di media regionale e dai valori-obiettivo;
- d) DDD riferite ai raggruppamenti di categorie di farmaci, con particolare riferimento alla proporzione dei fuori brevetto.

4. Tale obiettivo è remunerato con 1,54 euro a quota capitaria. La valutazione è condotta con frequenza trimestrale; eventuali scostamenti dai valori di riferimento significativi ed ingiustificati (anche eventualmente

con riferimento al fenomeno dell'induzione della prescrizione da parte degli specialisti) rilevati su base distrettuale o sub-distrettuale e le relative motivazioni sono riportati al comitato aziendale, che dovrà individuare le azioni correttive da adottare nel trimestre successivo, privilegiando gli interventi formativi. Trascorso tale periodo senza evidenti e significative variazioni verso i valori di riferimento, la ASL può decurtare la remunerazione prevista fino ad un massimo di € 1,54 a ciascun medico appartenente al gruppo distrettuale o sub-distrettuale. La mancata corresponsione della quota è mantenuta per almeno i tre mesi successivi e fino al rientro del gruppo nei valori di riferimento.

8) CONTRATTAZIONE AZIENDALE

1. Il presente Accordo regionale disciplina la materia della contrattazione aziendale. A tal fine e al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale; tali accordi dovranno essere ispirati ai seguenti criteri generali:

- a) La contrattazione aziendale è riservata alle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo regionale;
- b) Lo strumento tecnico della contrattazione aziendale è il comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN;
- c) Sono ammesse sperimentazioni sulle materie espressamente previste dal presente accordo regionale;
- d) Le sperimentazioni non espressamente previste possono essere autorizzate dal Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN;
- e) Sono destinati alle ASL per il finanziamento delle sperimentazioni cliniche, gestionali, organizzative previste dalla contrattazione aziendale i finanziamenti previsti negli appositi fondi dell'Accordo Integrativo Regionale riportati nell'allegato 1, ripartiti secondo il criterio oggettivo del numero dei residenti.
- f) Il contratto aziendale deve essere stipulato entro 180 giorni dall'entrata in vigore del contratto regionale.
- g) Su richiesta della parte pubblica aziendale o della maggioranza semplice delle sigle sindacali aventi diritto alla stipula dell'accordo aziendale, la definizione dell'accordo aziendale è demandata alla mediazione del Comitato regionale.

9) DEFINIZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

9.1 FINANZIAMENTO DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE.

1. Ai sensi dell'art. 46 dell'ACN, il fondo regionale a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti a incentivazione è costituito:

- a) dalle risorse di cui all'art. 59 lettera B) comma 1 dell'ACN, integrato così come previsto dal comma 3 dello stesso articolo;
- b) dalle risorse di cui all'art. 59 lettera B) comma 2 dell'ACN, definite nel precedente AIR per integrare i tetti previsti nel DPR 270/2000;
- c) dalle risorse di cui all'art. 59 lettera B) comma 15 dell'ACN per l'attuazione di programmi finalizzati al governo clinico;
- d) dalle risorse integrative regionali di cui all'art. 59 lettera D) dell'ACN.

		€/Cap. Euro	
Forme Associate	Compenso ex art. 59 lett. B, comma 1	2,99	4.318.585,57
	Compenso ex art. 59 lett. B, comma 3	2	2.888.686,00
	Importi art. 59. lett. B, comma 2		1.372.000,00
Governo Clinico	Compenso ex art. 59 lett. B, comma 15	3,08	4.448.576,44
Totale ACN			13.027.848,01

Risorse Regionali Integrative	Assistenza primaria	8.606.000,00
	Continuità assistenziale	2.772.035,00
	Emergenza territoriale	515.000,00
Totale Risorse integrative regionali		11.893.035,00
Totale Fondo		24.920.883,01

9.2 FONDI E COMPENSI (DISCIPLINA DELL'ART. 59)

1. In attuazione di quanto stabilito dagli artt. 8 e 59 dell'ACN il compenso dei medici di medicina generale oggetto del presente AIR è sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale.

2. Le risorse così come individuate nel precedente articolo, sono ripartite per alimentare fondi distinti (Allegato 1) aventi differenti finalità, livello e modalità di erogazione:

- a. Fondo per il mantenimento degli standards organizzativi di studio e la promozione delle forme associative;
- b. Fondo per la promozione del governo clinico e qualità dell'assistenza;
- c. Fondo per la partecipazione al programma di valutazione e gestione del rischio cardiovascolare;
- d. Fondo per la promozione dell'assistenza integrata ai pazienti diabetici;
- e. Fondo per il mantenimento della disponibilità telefonica;
- f. Fondo destinato ai programmi e attività soggette a contrattazione aziendale;
- g. Fondo per l'incentivazione della continuità assistenziale;
- h. Fondo per l'incentivazione dell'emergenza territoriale.

3. Il fondo di cui al punto 2 a) è utilizzato per corrispondere i compensi forfetari ai medici che svolgono la propria attività in forma di medicina di gruppo ed in forma di medicina di rete, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per categoria, così come disposto dall'art. 59 lett. B comma 4, 6 e 7 dell'ACN. I compensi relativi al personale infermieristico e al collaboratore di studio sono rispettivamente pari a 4,50 e 4,00 euro.

4. Il fondo di cui al punto 2 b) è finalizzato a creare le condizioni per permettere al paziente di essere orientato in un percorso assistenziale virtuoso, nel quale l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni permette il governo clinico della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza. Le ASL

costituiscono il fondo aziendale facendo riferimento alla quota capitaria di € 3,08 prevista dall'art. 59 lett. B) dell'ACN e alla propria popolazione residente. Il riconoscimento di tale quota a ciascun medico è soggetto a monitoraggio annuale. Per le modalità di adesione alle risorse contenute nel fondo, si rimanda a quanto previsto nell'art. 7.

5. La Regione costituisce il fondo di cui al punto 2 c) per l'incentivazione della partecipazione dei medici di assistenza primaria ai programmi di valutazione del rischio cardiovascolare, secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione e dai relativi piani operativi; il fondo pari a 722.171,50 € è ripartito alle ASL sulla base della popolazione residente di età compresa tra 35 e i 69 anni.

6. E' costituito il fondo per la promozione dell'assistenza ai pazienti diabetici secondo un modello integrato di cure che preveda il coordinamento funzionale e professionale dei medici di medicina generale e degli specialisti operanti nei centri aziendali per la cura del diabete. La Regione destina specifiche risorse pari a 3,5 milioni di €/anno di applicazione dell'AIR; Il programma di gestione integrata del paziente diabetico ha carattere sperimentale e durata di un anno, al termine del quale sarà condotta la valutazione dei risultati ottenuti per definire il proseguo del finanziamento regionale.

7. La Regione costituisce il fondo per la disponibilità telefonica di cui al punto 2 e), destinando risorse pari a 2,84 milioni di €, calcolate sulla base delle somme già autorizzate e riferite alla percentuale del 76% degli assistiti in ambito regionale. Il fondo così determinato è ripartito in ciascuna ASL, sulla base della spesa storica. Al termine del primo anno di valenza del presente Accordo, previa valutazione dell'efficacia dell'istituto condotta con il coinvolgimento delle rappresentanze dei medici, le risorse del fondo storico della disponibilità telefonica possono essere utilizzate sulla base degli accordi raggiunti dal comitato aziendale ex art. 23 ACN a favore di programmi finalizzati al miglioramento della continuità dell'assistenza, al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e al contenimento degli accessi inappropriati al pronto soccorso.

8. Il fondo per la contrattazione aziendale è ripartito secondo criteri oggettivi (popolazione residente) per costituire appositi fondi aziendali. Contiene le risorse destinati alle ASL per la promozione del sistema informativo (MEDIR), per la conduzione di sperimentazioni cliniche, gestionali, organizzative previste dalla contrattazione aziendale. Tali risorse sono finalizzate al perseguimento di obiettivi di carattere strategico definiti nel Piano Sanitario Regionale o previsti nei piani di riqualificazione dell'assistenza elaborati dalle ASL, per lo sviluppo di forme più complesse di associazionismo. Il fondo finanzia le attività a quota variabile per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalla Regione come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa. Tale fondo fornisce le risorse per le prestazioni essenziali in caso di sciopero così come previsto dall'art.31 dell'ACN.

9. Nei limiti delle risorse di cui all'articolo precedente, le ASL costituiscono il fondo aziendale per l'incentivazione della continuità assistenziale (punto 2 lettera g) e per l'incentivazione della emergenza territoriale (punto 2 lettera h), facendo riferimento ai propri dati storici per le risorse già impiegate ai sensi della DGR n. 39/62 del 10/12/2002.

10) INTERVENTI SULL'ARTICOLATO ACN

10.1 DISCIPLINA DELL'ART. 15 – PROCEDURE PER LA FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE REGIONALI.

Il comma 1 dell'art. 15 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. La Regione predispose una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dall'ACN del 23/03/2005, al fine di snellire il procedimento amministrativo e abbreviare i tempi necessari per la formazione della graduatoria.

10.2 DISCIPLINA DELL'ART. 16 DELL'ACN – RISERVE DI ASSEGNAZIONE INCARICHI VACANTI

Il comma 7 dell'art. 16 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Per l'assegnazione, a tempo indeterminato, degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati secondo le procedure stabilite nell'ACN del 23/03/2005, fatto salvo il disposto di cui agli articoli 34, comma 2, lettera a), e 63, comma 2, lettera a), del medesimo ACN, sono fissate le seguenti percentuali di riserva:

- a) 60% in favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D. Lgs. n. 368/99 e di cui al D. Lgs. n. 277/2003;
- b) 40% in favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

10.3 DISCIPLINA DELL'ART. 21 – DIRITTI SINDACALI.

Il comma 1 dell'art. 21 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, presenti nei Comitati e Commissioni Regionali previste dall'ACN 23/03/2005, dal presente accordo e da normative nazionali e regionali, è rimborsata la somma di Euro 100 lorde più le spese di viaggio ai sensi delle norme vigenti nella pubblica amministrazione.

2. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, componenti il Comitato e le Commissioni aziendali e distrettuali, previste dall'ACN 23/03/2005 e dal presente Accordo è rimborsata la somma di Euro 80 lorde relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi e le spese di viaggio nella misura prevista dalle norme vigenti nella pubblica amministrazione.

3. Al fine della corresponsione del compenso di cui ai commi precedenti il medico presenta all'Azienda di iscrizione la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

ASSISTENZA PRIMARIA

10.4 DISCIPLINA DELL'ART. 32 DELL'ACN – ASSISTENZA AI TURISTI.

1. La Regione individua, entro 60 giorni dalla pubblicazione nel BURAS del presente Accordo regionale, sulla base di specifici indicatori, le località a forte flusso turistico nelle quali garantire un servizio organizzato di assistenza sanitaria di base destinato alla popolazione non residente.

2. Le Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio si trovano le località di cui al comma 1, organizzano il servizio, di norma, attraverso l'istituzione di appositi punti di guardia turistica mediante l'assegnazione di incarichi temporanei ai medici inseriti nelle graduatorie aziendali.

3. Le prestazioni erogate dai punti di guardia turistica di cui al comma 2 sono remunerate secondo quanto previsto dall'articolo 72 dell'ACN 23/03/2005 e sono soggette alla partecipazione al costo del servizio da parte dell'utenza secondo le disposizioni regionali.

4. Le prestazioni dei medici di continuità assistenziale inseriti nell'ambito territoriale in cui insiste una località ad alto flusso turistico nella quale è stato istituito un apposito punto di guardia turistica, erogate a favore di utenti non residenti nello specifico ambito, sono soggette alla medesima partecipazione al costo prevista dalle disposizioni regionali per le prestazioni erogate dalla guardia turistica.

5. Le Aziende Sanitarie Locali possono prevedere, in forma sperimentale ed in alternativa alla istituzione del punto di guardia turistica, l'utilizzo congiunto dei medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale convenzionati ai sensi dell'ACN del 23/03/2005 e inseriti nell'ambito territoriale in cui insiste la località a forte flusso turistico.
6. La scelta della modalità di cui al comma 6 presuppone:
- 1) la valutazione della fattibilità ed efficacia del servizio di assistenza ai turisti in rapporto alla dislocazione territoriale degli studi dei medici di assistenza primaria e dei punti di continuità assistenziale;
 - 2) la disponibilità di almeno il 90% dei medici di assistenza primaria inseriti nella località interessata, in modo tale che il maggiore carico di lavoro sia ripartito e quindi non interferisca eccessivamente con il normale servizio prestato ai residenti.
7. I medici di assistenza primaria che aderiscono alla proposta aziendale per l'assistenza ai turisti possono svolgere l'attività assistenziale nel proprio studio o nei presidi individuati dalla ASL assicurando la disponibilità al prolungamento dell'orario di lavoro anche mediante meccanismi di turnazione tra ambulatori in modo tale da garantire il servizio per l'intera fascia oraria che va dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì e dalla 8 alle 10 del sabato.
8. Quando nell'ambito di riferimento dell'assistenza turistica siano operativi medici che aderiscono al progetto in forma associativa, essi possono definire il proprio orario di studio secondo un piano articolato e condiviso di assistenza che consenta ai turisti un ampio accesso ai servizi ambulatoriali e garantisca comunque la fascia di copertura del servizio di cui al comma 8.
9. Le Aziende Sanitarie Locali adottano opportuni mezzi informativi rivolti all'utenza potenziale, sia rispetto ai punti di erogazione del servizio, sia rispetto alle modalità di fruizione ed in particolare ai costi dello stesso.
10. Le prestazioni erogate dai medici di assistenza primaria sono remunerate dagli utenti sulla base del disposto di cui all'articolo 57 dell'ACN 23/03/2005.
11. Le prestazioni erogate dai medici di continuità assistenziale agli utenti non residenti nell'ambito territoriale in cui insiste una delle località di cui al comma 1 sono remunerate sulla base del disposto di cui all'articolo 57 dell'ACN 23/03/2005.
12. La Regione, entro 90 giorni dalla sigla del presente accordo, definisce le modalità organizzative per assicurare il pagamento delle prestazioni da parte dei cittadini residenti fuori regione.

10.5 Disciplina dell'Art. 33 – Rapporto ottimale assistenza primaria e zone disagiate

1. E' confermato il rapporto ottimale su tutto il territorio regionale di un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni; entro 60 giorni dall'approvazione dell'AIR la regione ridefinisce gli ambiti territoriali. Entro i successivi 30 giorni, le ASL individuano gli ambiti territoriali nei quali, in presenza di specifici motivi demografici, condizioni geomorfologiche e motivi organizzativi possono:
- a) applicare il rapporto di un medico ogni 1.200 residenti, oppure,
 - b) sospendere, se un medico in esso operante ha un numero di assistiti inferiore a 350, l'individuazione di sede carente.
- La proposta dell'Azienda di individuazione degli ambiti caratterizzati da specifiche condizioni deve essere approvata dal Comitato aziendale e deve acquisire il parere favorevole del Comitato Regionale di cui all'art. 24 del ACN.
2. Ai fini della definizione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale, sono considerate disagiatissime le piccole isole ove siano situati nuclei abitativi a popolazione sparsa.
3. Nell'ambito territoriale regionale le zone disagiate vengono definite sulla base della corrispondenza di almeno tre dei seguenti criteri:
- a) Condizioni geo-morfologiche del territorio;
 - b) Motivi di viabilità;
 - c) Scarsità, mancanza o particolari caratteristiche di disagio dei mezzi pubblici;
 - d) Distanza chilometrica tra Comune e zona disagiata;
 - e) Parcellizzazione degli insediamenti abitativi: case sparse in almeno il 20% dei residenti.
4. L'Azienda in accordo col Comitato Aziendale, individua le zone disagiatissime e disagiate di cui ai commi 2

e 3 del presente articolo con atto da emanarsi entro 4 mesi dalla pubblicazione nel BURAS del presente Accordo. Le proposte aziendali di individuazione di tali zone, ivi compresi i criteri di valutazione assunti quale riferimento, sono trasmessi all'Assessorato all'Igiene e Sanità ai fini delle determinazioni di competenza. Le zone disagiate e disagiatissime sono individuate in via definitiva con provvedimento dell'Assessore regionale alla Igiene e Sanità.

5. Entro il 31 dicembre di ogni anno di vigenza del presente Accordo, le ASL inviano al Comitato regionale il numero degli assistiti residenti nelle zone dichiarate disagiate o disagiatissime. Il compenso capitaro aggiuntivo è definito in sede di comitato aziendale e non può comunque superare € 12,00 per assistito residente nella zona disagiata.

10.6 DISCIPLINA DELL'ART. 41 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLE SCELTA

Il comma 2 dell'art. 41 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto, nel primario interesse del cittadino, quest'ultimo può chiedere al medico revocato, anche attraverso delega scritta al medico scelto, apposita scheda sanitaria sintetica i cui contenuti minimi devono contenere:

- Dati anagrafici
- Dati sanitari prevalenti estratti dalla scheda sanitaria;
- Accertamenti praticati di recente;
- Terapia praticata in atto.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

10.7 ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. Con l'approvazione del Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008 la Regione Sardegna ha avviato il processo di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale da attuarsi attraverso la stesura di un Progetto Obiettivo. La Deliberazione della Giunta Regionale n. 53/7 del 27/12/2007 ha definito i criteri e i principi generali per la riorganizzazione del servizio e ha definito il percorso per pervenire alla definizione del predetto progetto Obiettivo.

2. Nelle more della definizione del predetto Progetto Obiettivo, il presente accordo integrativo disciplina i rapporti con il personale addetto alla continuità assistenziale sino alla stipula dell'Accordo di settore da sottoscrivere al termine del processo di riorganizzazione, al più tardi entro 3 mesi dalla data di definizione del Progetto Obiettivo.

10.8 Fondo per l'incentivazione delle attività di Continuità Assistenziale

1. Ciascuna ASL costituisce il Fondo aziendale per l'incentivazione delle attività di continuità assistenziale, nei limiti delle risorse integrative individuate dal presente accordo integrativo regionale.

2. Il fondo è pari a Euro 2.772.035 (vedi allegato 1)

3. L'Azienda Sanitaria Locale assicura, con le risorse di cui al comma 2 del presente articolo i seguenti compensi:

- a) l'incentivazione delle attività di integrazione con la medicina primaria e con il sistema di emergenza territoriale definita in € 2,07 per ora di attività; (articolo 10.15 comma 2 del presente Accordo)
- b) l'incentivazione correlata alla reperibilità (articolo 10.14 comma 8 del presente Accordo);
- c) maggiorazione per i turni in occasione di particolari festività (articolo 10.15 comma 1 del presente Accordo)
- d) copertura assicurativa integrativa del mezzo di trasporto (articolo 10.16 comma 1 del presente Accordo).

10.9 Disciplina dell'art. 62 – Criteri generali.

Il comma 7 dell'art. 62 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Per garantire la massima efficienza della rete territoriale e l'integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, possono essere attivati, nell'ambito di Accordi aziendali, meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di continuità assistenziale e quello di emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia. In coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008, i medici di continuità assistenziale, previo aggiornamento e formazione specifica, potranno essere integrati in punti di assistenza territoriale, ad attività H24, anche con l'obiettivo di realizzare una apposita rete sul territorio in grado di dare una prima e qualificata risposta anche ambulatoriale all'urgenza, riducendo i tempi di intervento e svolgendo una funzione di filtro (triage) in integrazione con le Centrali operative 118.

10.10 Disciplina dell'art. 64 – Rapporto ottimale (continuità assistenziale)

Il comma 3 dell'art. 64 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 64, comma 2, dell'ACN del 23/03/2005 ed in considerazione delle caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative regionali, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è individuato, dal rapporto definito a livello regionale di 1 medico ogni 3500 abitanti residenti.

2. Per specifici ambiti territoriali, da definire attraverso il Progetto Obiettivo di cui al Piano dei Servizi Sanitari 2006- 2008, il parametro di cui al comma 1, può variare, in diminuzione o in aumento, in rapporto alle caratteristiche dell'ambito.

3. La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è effettuata, in coerenza con il Piano dei Servizi Sanitari 2006 - 2008, attraverso un apposito Progetto Obiettivo adottato ai sensi del comma 2 dell'articolo 12 della legge regionale n. 10 del 2006.

4. Nelle more dell'adozione del P.O. sono confermati l'attuale monte ore destinato dalle dotazioni organiche aziendali al servizio e il numero di postazioni in essere. Il P.O. dovrà essere definito nel rispetto dell'attuale monte ore.

10.11 Disciplina dell'art. 65 - Massimali

Il comma 2 dell'art. 65 dell'ACN 23.3.2005 è integrato nel modo seguente:

1. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito del presente Accordo e negli Accordi Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario.

Il comma 3 dell'art. 65 dell'ACN 23.3.2005 è integrato nel modo seguente:

1. Il raggiungimento del massimale orario di 24 ore in un'unica sede potrà essere consentito solo a condizione che il medico sia già titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa sede.

2. Le Aziende Sanitaria Locali possono attribuire eccezionalmente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato, a garanzia della continuità del servizio, ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, escluso l'orario dei cui al comma 2 dell'articolo 65 dell'ACN, in eguale misura tra tutti i medici, acquisita la disponibilità degli stessi ad ampliare l'orario. Tali variazioni non comportano variazioni dell'orario di incarico che permane di 24 ore.

Il comma 14 dell'art. 65 dell'ACN 23.3.2005 è integrato nel modo seguente:

1. Le Aziende possono attribuire ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato, a garanzia della continuità del servizio, ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, escluso l'orario di cui al comma 2 dell'articolo 65 dell'ACN, in ugual misura tra tutti i medici, acquisita la disponibilità degli stessi ad ampliare l'orario. Tali eccedenze orarie non comportano variazioni dell'orario di incarico, che permane di 24 ore settimanali.

10.12 Disciplina dell'art. 67 - Compiti del medico di continuità assistenziale.

1. Laddove le postazioni di Continuità Assistenziale siano ubicate in prossimità di Unità di Pronto Soccorso, possono essere realizzate, sulla base delle determinazioni degli Accordi aziendali, forme di collaborazione da parte dei Medici di Continuità Assistenziale per le prestazioni codificate come "codici bianchi" gestite nei pronto soccorsi.

2. E' compito del medico di continuità assistenziale integrare le proprie attività con quelle del Medico di Assistenza Primaria e del Distretto, in coerenza con il Programma delle attività territoriali, anche avvalendosi degli strumenti di comunicazione messi a disposizione dall'Azienda (utilizzo di strumenti informatici e di software integrato - MEDIR, ecc.).

3. Il medico è tenuto a partecipare, sulla scorta dei progetti aziendali, alle attività di cure primarie del territorio. A tal fine il medico di Continuità assistenziale presta la propria opera anche in ADI, RSA, Hospice, Ospedale di Comunità e altri luoghi di erogazione in cui sia necessario garantire continuità di assistenza primaria

14. Ove siano attivate le forme associative complesse della medicina generale (forme associative complesse strutturali ed equipe assistenziali territoriali) l'attività del medico potrà essere svolta anche nei giorni feriali, in attività diurna ed in accordo e integrazione con i Medici di Assistenza Primaria. Partecipa, inoltre, alle attività formative e alle altre attività del Distretto.

5. Nell'ambito dei propri compiti di istituto, i medici di Continuità Assistenziale si impegnano a garantire nei confronti dei pazienti assistiti nei programmi di ADI e ADP la necessaria continuità assistenziale in collegamento ed integrazione con il medico di assistenza primaria, al fine di assicurare a domicilio del paziente o presso la struttura protetta un'assistenza continuativa e globale per l'intero arco della giornata, così da evitare ricoveri ospedalieri inappropriati.

6. Il ricorso da parte della Centrale Operativa del 118 ai medici di continuità assistenziale è regolamentato da un protocollo che prevede meccanismi di operatività sinergica tra i due servizi. Tale protocollo è concordato in sede di Comitato regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.

10.13 Disciplina dell'art. 70 – Sostituzioni e incarichi provvisori.

Il comma 15 dell'art. 70 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Ai sensi dell' art. 18, comma 5, il periodo di ristoro psicofisico è equiparato, per il medico convenzionato di continuità assistenziale, a 104 ore annue (da considerarsi come frazioni indivisibili di 10 e o 12 ore).

2. In ogni sede del servizio di continuità assistenziale è prevista l'individuazione di un coordinatore fra gli stessi medici incaricati a tempo indeterminato in accordo col comitato aziendale di cui all'art. 23, il quale deve mantenere i rapporti col responsabile del Distretto; controllare la permanente disponibilità dei farmaci e materiale sanitario nonché l'efficienza della strumentazione; proporre azioni per il miglioramento del servizio. Tale incarico avrà durata trimestrale e viene svolta a turno dai medici titolari della sede di continuità assistenziale.

3. Al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURAS della graduatoria regionale annuale definitiva, i medici interessati a ricoprire incarichi provvisori, di sostituzione nonché di reperibilità domiciliare, dovranno inviare alle singole aziende apposita comunicazione di disponibilità.

4. Le Aziende nella scelta dei medici a cui attribuire gli incarichi di cui al precedente comma ed ad integrazione di quanto previsto dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5 dell'ACN, devono utilizzare i seguenti criteri:

- a) l'incarico deve essere conferito al medico secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente di settore con priorità per i medici residenti nell'azienda;
- b) in caso di indisponibilità dei medici di cui alla lettera a), l'incarico deve essere conferito, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'azienda, ai medici non ancora inseriti in graduatoria regionale e che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo 256/91 successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria stessa;
- c) in caso di ulteriore indisponibilità dei medici di cui alle lettere a) e b), con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL, l'incarico deve essere conferito ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o non iscritti alla scuola di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

5. Ai fini dell'attribuzione degli incarichi ai medici di cui alle lettere b) e c), le ASL predispongono graduatorie aziendali, aggiornate semestralmente entro il 30 giugno e il 31 dicembre, con le istanze pervenute oltre i termini di cui al comma 2, attribuendo ai criteri previsti dalla norma transitoria 4 e dalla norma finale 5 dell'ACN i seguenti punteggi:

- voto di laurea 110/110 e 110/110 con lode: punti 1;
- voto da 105 a 109/110: 0,50;
- voto da 100 a 104/110: 0,30;
- per ogni anno di anzianità di laurea: punti 1.

A parità di punteggio prevale la minore età al momento della laurea; per l'anzianità di laurea il periodo minimo valutabile è il mese (le frazioni di mese verranno valutate soltanto se superiori ai 15 giorni).

10.14 Disciplina dell'art. 71 - Reperibilità.

Il comma 3 dell'art. 71 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato nel modo seguente:

1. Per ogni sede di continuità assistenziale i medici in turno di reperibilità saranno in numero pari alla metà dei medici in guardia attiva. Nelle postazioni ove il numero di medici in servizio attivo sia coincidente con l'unità è da prevedersi sempre una unità reperibile.

2. Nei casi in cui la Continuità Assistenziale è attivata in orario extracontrattuale (es. per aggiornamento dei medici di Assistenza Primaria, dei Pediatri di libera scelta), le fasce orarie della reperibilità vengono adeguate di conseguenza.
3. Il numero dei turni in reperibilità per ogni medico non potrà essere superiore al numero dei turni in guardia attiva.
4. L'attivazione del medico reperibile da parte del titolare del turno deve essere comunicato all'Azienda entro il primo giorno utile della sostituzione.
5. I medici in turno di reperibilità che non rispondano ai numeri telefonici indicati o che rifiutino di effettuare il turno, sono sospesi con effetto immediato dalla reperibilità per tutto il mese e per i tre mesi successivi.
6. Allo scopo di completare l'orario eventualmente non coperto dai medici di cui al comma 2, le Aziende, possono attribuire i turni di reperibilità nell'ordine a:
 - a) medici presenti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15 comma 12, se presente, altrimenti dalla graduatoria regionale di settore o nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso,
 - b) medici di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN
 - c) i medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN, con priorità per quelli residenti nell'Azienda.
7. Per i medici non presenti in graduatoria regionale, l'orario complessivo mensile di guardia attiva derivante dall'attivazione della reperibilità nonché dalla attribuzione di turni ulteriori da parte dell'Azienda non può superare quello derivante dall'orario d'incarico ovvero 24 ore settimanali, pari mediamente a 104 ore mensili.
8. Per ciascun turno di reperibilità sono corrisposti euro 15,00.

10.15 Disciplina dell'art. 72 - Trattamento economico

1. Al medico che effettua il servizio di continuità assistenziale nei turni sotto riportati viene riconosciuto un compenso aggiuntivo forfetario di € 51,65 con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente accordo nel BURAS:

1° gennaio:ore 8.00 – ore 20.00
6 gennaio: ore 8.00 – ore 20.00
Pasqua:ore 8.00 – ore 20.00
.....ore 20.00 – ore 8.00
Lunedì dell'Angelo:.....ore 8.00 – ore 20.00
25 aprile:..... ore 8.00 – ore 20.00
1° maggio.....ore 8.00 – ore 20.00
15 agosto:..... ore 8.00 – ore 20.00
.....ore 20.00 – ore 8.00
24 dicembre: ore 20.00 – ore 8.00
25 dicembre: ore 8.00 – ore 20.00
.....ore 20.00 – ore 8.00
26 dicembre:..... ore 8.00 – ore 20.00
31 dicembre: ore 20.00 – ore 8.00

2. Al medico di continuità assistenziale è riconosciuta un'indennità aggiuntiva per l'integrazione con i servizi di medicina primaria e di emergenza territoriale, pari a €uro 2,07/ora. Tale indennità è corrisposta quale compenso forfetario per:

- a. Utilizzo di strumenti di comunicazione informatica messi a disposizione dall'Azienda nell'ambito dei progetti di prenotazione delle prestazioni e contenimento delle liste d'attesa, dei progetti di condivisione e strutturazione delle informazioni sanitarie (MEDIR);
- b. Attivazione del medico da parte della centrale operativa 118 e/o impegno dello stesso a bordo dei mezzi di soccorso per garantire il trasferimento protetto degli assistiti che necessitano di ricovero;
- c. Funzioni di coordinamento distrettuale del servizio di continuità assistenziale, con particolare riguardo alla verifica e approvvigionamento di farmaci e materiale sanitario.

10.16 DISCIPLINA DELL'ART. 73 – ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI

1. Qualora l'ASL richieda al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato da parte dell'Azienda (polizza Kasko), per incidenti subiti durante l'espletamento dell'attività, in occasione dell'accesso alla sede di servizio e, alla fine del turno, alla propria abitazione.

2. In caso di grave inidoneità psico-fisica specifica del medico allo svolgimento dei compiti di cui al presente capo, le Aziende possono ricollocare il medico in altra articolazione organizzativa o in altra struttura distrettuale per attività compatibili con il suo stato di salute. La visita per l'accertamento dello stato di inidoneità viene effettuata, su richiesta del Comitato Aziendale ex art. 23 dell'ACN, dalla Commissione medico-legale Aziendale, ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera f.

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

10.17 ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI EMERGENZA TERRITORIALE

1. Con l'approvazione del Piano Regionale dei Servizi Sanitari, la Regione Sardegna ha avviato il processo di riorganizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria territoriale. A tal fine il Comitato Regionale per l'emergenza urgenza, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Accordo, si impegna ad elaborare una proposta condivisa da sottoporre all'approvazione della Regione.

2. Nelle more della definizione della riorganizzazione, il presente accordo integrativo disciplina i rapporti con il personale addetto alla emergenza territoriale sino alla stipula dell'Accordo di settore da sottoscrivere al termine del processo di riorganizzazione, al più tardi entro 3 mesi dalla data di definizione della riorganizzazione.

10.18 FONDO PER L'INCENTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI EMERGENZA TERRITORIALE

1. Ogni ASL costituisce, annualmente, il fondo aziendale per l'incentivazione delle attività di particolare impegno professionale, nei limiti delle risorse integrative individuate per l'emergenza territoriale dal presente Accordo Integrativo.

2. Fino alla sigla nel nuovo accordo di settore, da attuarsi nei modi previsti nell'articolo precedente, sono mantenute le indennità e gli istituti previsti dall'art. 35 e 36 del DGR n. 39/62 del 10/12/2002.

10.19 Disciplina dell'art. 98 – Riposo annuale

1. Per una puntuale interpretazione dell'articolo 98, comma 3, dell'ACN 23/03/2005, relativamente al periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal servizio, esclusi i festivi, è esemplificata la seguente procedura di calcolo:

impegno orario settimanale = 38 ore

numero di giorni lavorativi settimanali = 5

$38/5 = 7,6 =$ numero di ore da retribuire per ogni giorno di astensione obbligatoria

$21 \text{ giorni} \times 7,6 = 159,6 =$ numero di ore da retribuire per 21 giorni di astensione obbligatoria

2. Qualora sussistano incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale:

impegno orario settimanale = 24 ore

$38: 159,6=24:X$

$X= 100,8$

3. L'inciso di cui all'articolo 98, comma 3, dell'ACN 23/03/2003 “ purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a 3 volte l'impegno orario settimanale” è diretto ad impedire la fruizione in un'unica soluzione del periodo di riposo garantito.

11 DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo entra in vigore a decorrere dal giorno successivo all'adozione della relativa Deliberazione della Giunta Regionale ed è valido fino all'entrata in vigore del successivo Accordo regionale, per le parti che non confliggono con il nuovo ACN.

2. NORME TRANSITORIE E FINALI

NORMA TRANSITORIA 1

1. Fino al completamento dell'iter previsto dal comma 2 dell'articolo 7.2 (Appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche), i medici di medicina generale si impegnano alle azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nei confronti dei gruppi di farmaci indicati nella seguente tabella:

<ul style="list-style-type: none">• ATC4; C10AA (Statine): con l'obiettivo di prescrivere, per le specifiche indicazioni terapeutiche, i farmaci fuori brevetto per almeno il 40% del numero complessivo di prescrizioni;
<ul style="list-style-type: none">• ATC4; CO9AA (ACE inibitori): con l'obiettivo di prescrivere, per le specifiche indicazioni terapeutiche, i farmaci fuori brevetto per almeno il 40% del numero complessivo di prescrizioni;
<ul style="list-style-type: none">• ATC4; CO9CA; CO9DA (Sartani): con l'obiettivo di limitare l'uso di questi farmaci in forma singola o associata, ai casi clinici che presentano specifiche indicazioni terapeutiche e, comunque, di contenere le prescrizioni entro il 28% del totale delle confezioni appartenenti al raggruppamento C09 entro il primo anno di validità del presente AIR;
<ul style="list-style-type: none">• ATC4; NO6AB e NO6AX (Antidepressivi): con l'obiettivo di prescrivere, per le specifiche indicazioni terapeutiche, i farmaci fuori brevetto per almeno il 50% del numero complessivo di prescrizioni;

norma finale 1 - Disciplina dell'art. 43 – Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici.

Il comma 5 dell'art. 43 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato dal seguente:

1. La Regione si impegna a promuovere la gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti mediante sistemi informatici e a rendere accessibile al medico in tempo reale, mediante idonei sistemi di sicurezza e di tutela dei dati sensibili e attraverso adeguate piattaforme web (anche in relazione alla messa in opera del sistema di rete **MEDIR**), le informazioni sullo stato del proprio elenco di assistiti. A tal fine, tenuto conto dei tempi di realizzazione dei sistemi elettronici necessari, al medico viene fornito un apposito set di codici di accesso alla piattaforma web per la consultazione e la verifica del proprio elenco di assistiti.

norma finale 2 - Disciplina dell'art. 100 – Inquadramento in ruolo.

Il comma 1 dell'art. 100 dell'ACN 23.3.2005 è disciplinato dai seguenti:

1. Ai sensi dell'art. 92 dell'ACN 23/03/2005, e sulla base del disposto dell'art. 8, comma 1bis del D.lgs. 502 del 30/12/92 e le successive modificazioni ed integrazioni, nonché del DPCM 8 marzo 2001, la Regione s'impegna a valutare - all'atto della riorganizzazione del servizio di emergenza sanitaria territoriale - la possibilità di inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici di emergenza sanitaria territoriale incaricati a tempo indeterminato.

norma finale 3 – Commissione per lo snellimento delle attività burocratiche.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione nel BURAS del presente Accordo, la Regione si impegna ad istituire una commissione regionale per lo snellimento delle attività burocratiche connesse all'espletamento dei compiti della medicina generale

Allegato 1

1. Fondo per l'Assistenza Primaria

Utilizzo fondo		Popolazione	MMG
		1.444.343	1.360
Descrizione	Quota capitaria	Importo	
Forme associative		8.579.271,57	
Governo clinico e miglioramento qualità assistenza	3,08	4.448.576,44	
Valutazione rischio cardio-vascolare	0,5	722.171,50	
Programma di gestione integrata diabetico		3.500.000,00	
Disponibilità telefonica		2.840.000,00	
Contrattazione Aziendale		1.043.828,49	
Potenziamento domiciliarità		500.000,00	
Totale		21.633.848,00	

2. Fondo integrativo regionale per l'incentivazione della continuità Assistenziale

Continuità assistenziale	2.772.035,00
--------------------------	--------------

3. Fondo integrativo per l'incentivazione dell'emergenza territoriale

Emergenza territoriale	515.000,00
------------------------	------------

4. Totale fondo

Totale Risorse integrative regionali	11.893.035,00
Totale Fondo	24.920.883,01

ALLEGATO 2 – PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL MALATO DIABETICO.

LA TECNOLOGIA INFORMATICA ED IL TEAM.

Un moderno approccio alla efficiente gestione delle problematiche legate al Diabete Mellito non può prescindere dall'utilizzo della tecnologia informatica.

E' necessario creare una rete tra i medici di famiglia e i medici diabetologi, nel contesto di un più esteso servizio informativo sanitario, caratterizzata dalla disponibilità di un data base centrale interrogabile e implementabile da remoto, che possa contenere il fascicolo personale di ciascun cittadino diabetico e che consenta alle strutture interessate di disporre delle informazioni necessarie a trattare in modo appropriato quel paziente.

Il sistema è caratterizzato da connessione internet protetta e sicura, secondo criteri di sicurezza standard e nel rispetto delle norme di privacy. Il consenso al trattamento dei dati viene dato dal cittadino interessato al medico di medicina generale.

I nuovi modelli formativi del personale medico, sia esso medico di famiglia o specialista di qualsivoglia branca medica interessata alla gestione di una patologia cronica, s'indirizzano proprio sulle metodologie del lavoro in Team, sulla capacità della raccolta di dati condivisibili, sull'identificazione degli indicatori e la verifica dei risultati attraverso l'audit.

L'INTEGRAZIONE COME MODELLO PER RAZIONALIZZARE LA SPESA SANITARIA

La necessità di razionalizzare le risorse è trasversale a tutti gli ambiti sanitari, ma certamente sta divenendo un'emergenza per il Diabete: i costi infatti sono elevati e la prevalenza della malattia in rapido aumento.

I grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), che sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze, e che globalmente ciò si traduce in una minore spesa per la comunità.

La costituzione di modelli integrati di cura è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete e delle loro complicanze con le necessità dei pazienti e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di management della malattia diabetica. Gli obiettivi a breve ed a lungo termine debbono includere: miglioramento del controllo glicemico, intensificazione del follow-up del paziente secondo le linee guida condivise, riduzione del rischio per le complicazioni, aumento del grado di soddisfazione del paziente, implementazione della qualità di vita del paziente, controllo dei costi per il SSN.

Le azioni e gli interventi utili per perseguire questi obiettivi sono stati già in parte delineati con i primi atti di programmazione e regolamentazione regionale adottati con la DGR n. 29/2 del 5/7/2005 (Piano Regionale di Prevenzione) e con DGR 44/20 del 25/10/2006 (Accordo per la distribuzione dei prodotti per diabetici da parte delle farmacie convenzionate) e dalle successive direttive emanate a seguito di elaborazioni e approfondimenti condotti da specifiche commissioni e gruppi di lavoro interdisciplinari.

IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA

Per realizzare un progetto di gestione integrata del malato diabetico sono necessarie alcune condizioni:

- Coinvolgimento attivo dei medici di famiglia
- Ripristino del ruolo specialistico dei medici diabetologi (oggi eccessivamente appiattito sul semplice monitoraggio glicemico)
- Formulazione del percorso di gestione condiviso che consideri le risorse locali
- Individuazione di modalità e strumenti di integrazione tra Primary e Secondary care attraverso il percorso di orientamento alla salute e modalità adeguate di comunicazione
- Formazione degli operatori
- Adozione di un database comune
- Raccolta centralizzata dei dati clinici (consenso informato del paziente) ed economici
- Valutazione periodica dell'assistenza attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato
- Analisi dei dati clinici scelti e dei costi
- Valutazione degli outcomes

La soddisfazione delle condizioni sopra riportate, potrà permettere di ottenere un:

- Elevato livello di qualità delle prestazioni rese
- Elevatissimo livello di appropriatezza delle stesse prestazioni, con netta riduzione dei tempi di attesa e aumento della fruibilità
- Elevato grado di coinvolgimento del paziente
- Concreta possibilità della prevenzione secondaria della evoluzione della patologia in oggetto.
- Contenimento dei costi diretti ed indiretti della malattia

COMPETENZE DEI DIVERSI LIVELLI ASSISTENZIALI

Medico di medicina generale

- Prevenire la malattia diabetica, individuando i soggetti a rischio.
- Fare la diagnosi precoce di diabete secondo protocolli validati e condivisi.
- Eseguire e monitorare la terapia in collaborazione con lo specialista del S.D..
- Effettuare lo screening del diabete gestazionale, quindi inviare i soggetti positivi e/o dubbi alla struttura diabetologica per l'approfondimento diagnostico.
- Seguire i diabetici tipo 2 compensati, secondo protocolli concordati con SD.
- Curare i diabetici non deambulanti seguiti dalle strutture protette o in Assistenza Domiciliare Integrata.
- Tenere aggiornate, per quanto di competenza, le cartelle cartacee o informatizzate dei pazienti e partecipare alla rilevazione dei dati
- Formare ed informare i pazienti diabetici
- Partecipare in modo appropriato ai percorsi di formazione (anche in attività docente e di animazione)
- Partecipare all'elaborazione dei dati epidemiologici.
- Inviare gli insulino dipendenti/insulino trattati ai centri per l'assistenza diretta da parte del S.D.
- Provvedere alla prescrizione dei presidi sulla base di specifiche indicazioni del SD o di protocolli regionali o aziendali.

Struttura di diabetologia

- Eseguire l'inquadramento diagnostico sui pazienti inviati dal MMG
- Partecipare alla formazione specifica del MMG
- Formare i diabetici all' autogestione consapevole della malattia (Educazione Terapeutica)
- Assicurare la gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG, dei pazienti diabetici con grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, trattamento con microinfusori d'insulina
- Assicurare la presa in carico, in collaborazione con i MMG dei pazienti con diabete di tipo 2 scompensati e prima di interventi chirurgici maggiori
- Seguire i diabetici di Tipo 1 e gli insulino-trattati
- Fornire le prestazioni per i diabetici tipo 2 secondo il protocollo concordato con i MMG.
- Seguire la donna diabetica in gravidanza ed eseguire l'approfondimento diagnostico per il Diabete Gestazionale sulle pazienti inviate dal MMG;
- Eseguire la diagnosi precoce, le relative terapie e il follow-up delle complicanze.
- Partecipare all'elaborazione dei dati epidemiologici
- Eseguire le certificazioni medico-legali di competenza.

FATISPECIE CLINICHE

Di seguito vengono riportate a titolo esemplificativo, alcune situazioni cliniche con i criteri concordati di una gestione integrata del paziente diabetico:

Urgenza

Nelle seguenti situazioni è previsto l'invio al servizio di Diabetologia con Urgenza (con effettuazione della prestazione entro 72 ore):

- sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto
- ripetuti episodi d'ipoglicemia
- gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- comparsa d'ulcera del piede o di severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

Paziente diabetico ad alto rischio di complicanze

Si tratta di pazienti che prevedono un controllo presso il Servizio di Diabetologia entro 30 giorni:

- Diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio
- HbA1c > 8% in almeno due determinazioni consecutive
- Nuova diagnosi di complicanza
- Inizio della terapia insulinica

Paziente con complicanze in atto o altre comorbidità

Deve essere di volta in volta stabilito, di comune accordo tra medico di famiglia, diabetologo e paziente, il protocollo più idoneo per l'inserimento nel Team Care di altre figure professionali di specialisti, per un più aggressivo protocollo di management ed eventualmente un più frequente follow-up.

Paziente diabetico senza complicanze

Si tratta di pazienti con diabete mellito di tipo 2, in compenso clinico accettabile (HbA1c <8,0) e senza complicanze: per tali pazienti il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato dal medico di famiglia e' inviato al Diabetologo per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia mediante la gestione condivisa con la modalità del Team Care, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita.
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra i membri del Team Care
3. Il paziente viene avviato a visita presso la struttura diabetologica:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (almeno ogni due anni per i pazienti in compenso accettabile e senza complicanze);
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi;
 - con maggiore frequenza (sempre in stretta collaborazione ed accordo con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico inadeguato.

INDICATORI DI VERIFICA

Al fine di valutare l'efficacia e l'estensione dell'applicazione del presente Protocollo si stabilisce di prendere in considerazione alcuni semplici ed efficaci indicatori:

1. di processo:

- numero di pazienti a gestione integrata che completano il percorso
- numero di visite presso il Medico di Famiglia
- numero di accessi al SD
- costo di fornitura dei prodotti per diabetici da parte delle farmacie convenzionate.

2. di risultato:

- riduzione di almeno 0,5 punti percentuali di HbA1c in due anni per i pazienti inseriti nel Protocollo
- riduzione del numero di ricoveri per diabete e per complicazioni del diabete (ictus, ima, claudicatio, retinopatia, nefropatia e neuropatia)
- riduzione del numero di accessi al PS
- gradimento dei pazienti nei confronti del Protocollo (attraverso un questionario di valutazione)

SCHEDE PER IL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP PERIODICO:

Scheda 1 : da compilare da parte del Medico di Famiglia e inviare alla Struttura Specialistica Diabetologica in occasione della visita di follow up periodico.

Scheda 2 : da compilare da parte della Struttura Specialistica Diabetologica in occasione del follow-up periodico e da inviare in risposta al Medico di Famiglia.

SCHEDA 1

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____
 Epoca di insorgenza del Diabete: _____

Terapia in corso (diabetologica e non):Altri esami rilevanti eseguiti:

Problemi aperti:

Epoca di insorgenza del Diabete: Terapia in corso:		Scheda annuale di follow-up *(Minimo accettabile)			
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia				
	HbA1c				
	Esame urine				
	Pressione Arteriosa				
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)				
	Rinforzo educativo (specificare argomento)				
	BMI				
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede				
	EO Cardiovascolare				
	EO Neurologico				
A 1 anno	Microalbuminuria				
	Creatininemia				
	Uricemia				
	Colesterolo tot.				
	Colesterolo HDL				
	Trigliceridi				
	AST / ALT/ GGT				/ /
	Emocromo+F				/
	Rischio CV				
	ECG				

TIMBRO e Firma del Medico

Indirizzo, numero di telefono, e-mail ed orario di reperibilità del medico

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data

Firma

SCHEDA 2

Cognome:..... Nome:.....

Visita del:

Follow up: Controllo Urgente: Altro: _____
 Diabete Tipo 1 Diabete Tipo 2 IGT IFG GDM Altro _____
 PAOS:..... PAOD:..... PAO-Orto:..... \BMI:

Terapia attuale:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Ispezione piedi	Dx	Sin	Sensibilità Tattile	Dx	Sin	Sensibilità Vibratoria	Dx	Sin
Normale Cute secca Deformità Ulcere			Normale Ridotta Assente			Normale Ridotta Assente		
Test neuropatia autonómica:								
Conclusioni e note:								

<u>Fundus OO</u>	Normale RD background RD pre-prolif.	RD proliferante Maculopatia Esiti Laser	R. Ipertensiva Cataratta Cecità
Conclusioni e note:			

Indice di Winsor: caviglia dx.:..... caviglia sin.:.....

Altri esami vascolari :

Rapporto Albuminuria/Creatininuria:

Altri esami funzionalità renale:

Altri esami cardiovascolari :

Fattori di rischio CVD:

Rischio CVD:%

Terapia educativa strutturata:

.....

Commento:.....

.....

Modifiche Terapeutiche Consigliate: Posologia Nota CUF

1.....

2.....

3.....

Valutazione autocontrollo.....

Prossimo controllo:

Fra 2 anni (con 2 schede di follow-up del MdF) Fra 1 anno Framesi

(prenotato per il:))

TIMBRO
Firma del medico

Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del Servizio per il Medico di Famiglia; indirizzo e-mail.
 Orario di apertura al pubblico del Servizio; telefono; fax.-

Allegato 3 DEFINIZIONE DI RICETTA INFORMATIZZATA

Per il Sistema Tessera Sanitaria (TS), una prescrizione medica risulta redatta secondo un processo di stampa informatizzata laddove risulti che il medico prescrittore abbia stampato, in fase di compilazione della ricetta, il codice fiscale dell'assistito anche in formato codice a barre.

Il codice fiscale in formato codice a barre deve essere riportato secondo lo standard di codifica 39 che risponde alle norme MIL-STD-1189 e ANSI MH 10.8M-1983, nell'apposito spazio di stampa predisposto.

Per consentire la lettura del codice a barre mediante l'impiego di penne ottiche o di lettori CCD, le dimensioni non devono essere superiori a 50 mm di lunghezza e 8 mm di altezza.

ALLEGATO 4 - PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE PER LE CDI

Cognome:											
Nome:											Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data Nascita:						Luogo Nascita:					
Codice Fiscale											
Residenza Anagrafica:											
Via/Piazza:											n .
Comune											T el.
Residenza (se diversa da Domicilio)											
Via/Piazza:											n .
Comune:											T el.
Inserimento con Livello :	<input type="checkbox"/> Prest. Occasionali <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 1° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 2° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari 3° Liv. <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari Palliative e/o a Malati terminai										

Dati anagrafici come da Richiesta Medico di Medicina Generale

Persone di Riferimento:

Nominativo	Tel.	Grado di Parentela

PROGETTO

Tipo Progetto <input type="checkbox"/> Nuovo <input type="checkbox"/> Revisione <input type="checkbox"/> Proroga/Verifica Programmata
Durata: dal _____ al _____ (in giorni _____)
Responsabile: M.M.G. _____ Tel. _____
Referente Medico UODI. _____
Equipe: _____ _____
Aspetti di _____ Sintesi _____ Clinica _____ _____

Tipologia progetto Responsabile ed Equipe che formano Progetto + Diagnosi e Obiettivi.

Data inizio attività _____ Data verifica progetto _____

Risorse Umane da impiegare:

Q.tà	Figura Professionale	Codice Attività	n. Accessi/Sett.	Dal	Al

Pianificazione Attività da svolgere attivazione ADI

Variatione Progetto:

data: _____

Risorse Umane da impiegare:

Q.tà	Figura Prof.	Cod.Attività	n. Accessi/Sett.	Dal	Al	Agg +/- var

Eventuali variazioni in corso di attività

Obiettivo _____

Data _____

Firma Equipe _____ / _____
 _____ / _____

Paziente: 1 _____ Data: _____

1a. DIMENSIONE CLINICA
Indice di Comorbidità (CIRS)¹

Patologie Cardiache (solo cuore)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

¹ Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the CIRS in a geriatric residential population. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137. Modificata e collegata alla codifica ICD-9 CM e la loro stadiazione per apparato ai fini di studio VEGA di Fabio Vidotto & C. S.a.s. © 2003 SIAE 002540-D003388.

Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

Mod. 1/a.2

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Fegato

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Rene

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie

(mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Patologia principalmente invalidante

Quando è sorta?

1	Meno di 1 mese	2	Da 1 a 2 mesi	3	Da 2 a 3 mesi	4	Da 3 a 6 mesi	5	Più di 6 mesi
---	----------------	---	---------------	---	---------------	---	---------------	---	---------------

Indici di severità e di Comorbidità**Indice di severità a 13 item (CIRS)**

media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di severità a 14 item (CIRS)

media dei punteggi di tutte le categorie

Indice di comorbidità a 13 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di comorbidità a 14 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, calcolato su tutte le categorie

Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, insuff. polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardico, ictus, emorragie digestive, embolia)

Il Medico compilatore: _____

Paziente: _____

Data: _____

1 / L

1b. DIMENSIONE CLINICA Scala di Instabilità Clinica²

Sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), la valutazione sulla stabilità clinica *attuale* dell'anziano è la seguente:

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Legenda:

- 0- Stabile** Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico³ *programmabile* ad intervalli **maggiori di 60 giorni**.
- 1- Moderatamente Stabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad **intervalli di 30-60 giorni**.
- 2- Moderatamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad intervalli di **più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana**.
- 3- Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **NON programmabile**, presumibilmente *una o più volte alla settimana, ma non quotidiano*.
- 4- Altamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **quotidiano**.
- 5- Acuzie pluriquotidiano.** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **pluriquotidiano**.

Il Medico compilatore: _____

² Bernardini et al. 1995.

³ Monitoraggio clinico significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali.

Allegato 5 – Assistenza Domiciliare Residenziale.

Premessa

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, deve essere considerata uno dei momenti qualificanti ed irrinunciabili per una risposta efficace e razionale ai bisogni della persona ospite che ha perduto la propria autonomia parzialmente o totalmente.

L'impegno dei medici di famiglia nelle residenze protette e collettività, nodi essenziali della rete dei servizi socio-assistenziali, deve sostanziarsi nella piena disponibilità a:

- a) dispiegare l'intervento professionale oltre l'ambito tecnico-sanitario fino a ricomprendervi la globale considerazione del fabbisogno di salute degli ospiti sia in termini sociali che umani;
- b) a collaborare con gli operatori di diversa professionalità che assistono gli ospiti, nel rispetto delle specifiche competenze.

L'assistenza del medico di medicina generale nelle case protette e collettività, a causa della diversa gradualità di interventi e per la differente tipologia dell'utenza, viene erogata in strutture socio-assistenziali differenziate.

Ambito di applicazione

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, si esplica presso le strutture residenziali, perseguenti finalità di assistenza e di servizio sociale, dotate dei requisiti di idoneità professionale definiti dalla normativa regionale vigente e munite della autorizzazione regionale prescritta.

In particolare si individuano, ai fini delle attività di cui al presente Allegato, le seguenti categorie generali di residenze protette e collettività:

- a) Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sanitaria.
- b) Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale.
- c) Strutture sociali comunitarie.

1. Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sanitaria.

In queste strutture è prevista l'assistenza a pazienti portatori di patologie fortemente invalidanti, già croniche o cronicizzanti che necessitano di assistenza sanitaria continuativa, la cui permanenza nelle stesse può essere anche senza limiti di tempo.

La tipologia di questa utenza potrebbe essere definita nei termini di pazienti la cui possibilità di sopravvivenza fisica, psichica e sociale è spesso totalmente dipendente da interventi di altre persone. Essi, con diverse accentuazioni, hanno in comune la necessità di interventi complessi e globali riguardanti diversi bisogni della persona.

Le patologie proprie dominanti sono: dimissioni protette da strutture ospedaliere, insufficienze respiratorie croniche gravi, malattie degenerative del S.N.C., paralisi parziali e totali per esiti di diverse patologie del S.N.C., esiti di gravi fratture che hanno minato gravemente la possibilità di deambulare, gravi patologie psichiche.

2. Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale.

A questa tipologia di strutture residenziali afferiscono pazienti definiti genericamente fragili, solitamente persone anziane, che con l'invecchiamento, la solitudine, per le precarie possibilità di autonomia finanziaria, o per disadattamento verso il proprio ambiente, sono per lunghi periodi ospiti in queste strutture.

Questi pazienti solitamente non affetti da patologie invalidanti gravi hanno necessità di un intervento sanitario tendente a premiare maggiormente il momento preventivo rispetto a quello curativo, capace di promuovere tutte quelle iniziative necessarie per la prevenzione della non autosufficienza. L'obiettivo principale di questa strategia è il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica.

Da qui la priorità di interventi assistenziale di tipo globale, in grado di determinare in queste strutture un ambiente favorevole, positivo, che deve essere percepito dal paziente come elemento di protezione e sicurezza in grado di far superare quella condizione di fragilità fisica e psichica del ricoverato, quasi di dipendenza, che comporta il bisogno conseguente di continuità assistenziale. Di qui la necessità di ridurre al minimo il turnover delle figure professionali che si occupano della assistenza di questi pazienti, ivi compresa quella di primo livello che assume un ruolo di primo piano.

Non bisogna inoltre dimenticare che, visti i lunghi periodi di permanenza in tali strutture, molto spesso, la Residenza Protetta viene considerata e vissuta dal paziente come "casa", nel senso che viene a rappresentare quelle caratteristiche di familiarità, calore, intimità e sicurezza che appartengono a un vissuto

familiare o comunque parentale da cui non potrà essere disgiunta l'assistenza sanitaria fornita dal medico di famiglia.

A questa categoria appartengono anche pazienti affetti da patologie psichiche croniche recidivanti che, pur avendo una discreta autonomia fisica, necessitano di periodiche permanenze in strutture riabilitative e comunità.

3. Strutture sociali comunitarie.

Ad esse afferiscono pazienti senza nessun problema di carattere fisico, psichico e sociale che per loro scelta di vita hanno deciso di vivere in collettività e comunità.

Il fatto che solitamente queste strutture sono situate in località decentrate, isolate e lontane dai centri abitati e che molto spesso il rispetto di rigide regole di comportamento per gli ospiti impongono di fatto l'erogazione delle prestazioni sanitarie solo sotto forma domiciliare, è motivo sufficiente di giustificazione di una quota aggiuntiva per l'erogazione delle comuni prestazioni sanitarie.

Ruolo del medico di medicina generale

Per i pazienti di cui ai precedenti punti 1 e 2, essendo la dimensione affettivo-relazionale una componente indispensabile per le possibilità di recupero fisico psichico e sociale è improponibile limitare l'intervento del medico di medicina generale solo alla fase di malattia, ma diventa prioritaria la necessità di un intervento sanitario unitario e globale ben integrato con le altre figure professionali della struttura, tale da affrontare in maniera esaustiva i multiformi bisogni di assistenza sanitaria, promuovendo la costruzione e il mantenimento di un ambiente favorevole al paziente.

E' in questo contesto che la figura del medico di medicina generale diventa essenziale. Infatti il rapporto privilegiato e fiduciario con il paziente, l'approccio clinico di tipo olistico e relazionale, giustificano l'utilizzo in maniera sistemica di questa figura professionale, sia nelle prestazioni di assistenza primaria, sia come punto di riferimento quando nella struttura vengono attivati percorsi assistenziali aggiuntivi.

Sarebbe riduttivo per il medico di medicina generale la semplice presa in carico del paziente ricoverato, se non vi fosse una corretta programmazione e una metodologia di intervento ben codificata a livello regionale che avesse come obiettivo prioritario un miglioramento delle prestazioni in uno con il contenimento della spesa.

Non bisogna inoltre mai dimenticare che le moderne impostazioni di economia e programmazione sanitaria tenderanno sempre più a trasferire alla medicina generale tutti quegli atti professionali che esso sarà in grado di effettuare nel proprio contesto operativo, infatti il costo di una qualsiasi prestazione è tanto più basso quanto più integralmente essa viene effettuata nell'ambito delle cure primarie.

Bisogna dunque utilizzare in modo corretto tutte le potenzialità professionali e operative del medico di famiglia, dando la massima valenza operativa alle cure domiciliari, prima ed in alternativa al ricovero ospedaliero, il quale, oltre che determinare una ingiustificata ed inutile spesa aggiuntiva, può comportare devastanti conseguenze per la integrità psicofisica dei pazienti anziani.

Articolato

Art. 1 – Strutture assistenziali residenziali.

1. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni aggiuntive assistenziali previste dal presente allegato si individuano differenti tipologie strutturali di assistenza, classificabili in relazione agli ospiti che vi afferiscono. Esse sono identificabili come:

- A. Residenze ad elevato o prevalente intervento sanitario.
 - a. Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa per disabili fisici psichici e sensoriali in regime residenziale (ex art. 26 della legge 833/78).
 - b. Strutture di assistenza sanitaria diagnostica e riabilitativa in regime residenziale per pazienti in assistenza psichiatrica residua (ex ospedali psichiatrici).
 - c. Strutture di assistenza residenziale a pazienti anziani non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, ai sensi della L.R. n. 4/84
- B. Residenze ad elevato o prevalente intervento assistenziale
 - a. Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche in regime residenziale.
 - b. Case di riposo finalizzate all'assistenza di pazienti anziani autosufficienti.
 - c. Particolari forme di comunità a carattere socio-assistenziale individuate dalla Regione o dalle Aziende.

- C. Altre strutture comunitarie non comprese alle precedenti lettere A e B ivi comprese le comunità religiose di clausura e altri istituti similari.

Art. 2 – Obiettivi generali.

1. L'assistenza erogata nelle strutture di cui al precedente Art. 1 del presente Allegato, è finalizzata, attraverso le forme di responsabilizzazione del medico di Assistenza Primaria e delle figure professionali proprie della struttura, al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) Fornire ai problemi di salute di pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti una risposta assistenziale migliore e più appropriata rispetto al ricovero in ospedale.
- b) Ridurre il numero di ricoveri per patologie acute che possano essere trattate a domicilio ed ottenere una conseguente diminuzione dei costi assistenziali.
- c) Promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo quelle strategie di comportamento tendenti ad evitare un contesto ambientale di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

Art. 3 – Compiti del medico di medicina generale.

1. Per l'espletamento dei propri compiti e per il controllo dello stato di salute degli assistiti a lui affidati il medico di Assistenza Primaria assume un impegno di presenza oraria all'interno della residenza ed inoltre, d'intesa col Responsabile della struttura:

- a. cura il coordinamento degli interventi sanitari e l'integrazione tra le varie figure professionali che operano all'interno della struttura e tiene una cartella clinica fornita dall'Azienda USL, possibilmente orientata per problemi, sulla quale tutti gli operatori sanitari riportano una sintesi esplicita dei loro interventi;
- b. attiva le consulenze specialistiche, sia per le prestazioni erogabili all'interno della struttura che per quelle esterne, e coordina e indica i percorsi assistenziali generali aggiuntivi;
- c. promuove ed articola strategie di comportamento tese ad eliminare tutti i fattori di rischio capaci di determinare aggravamento delle condizioni di non-autosufficienza o di incidere in modo negativo sulle capacità psicofisiche e sulla autonomia funzionale dei pazienti autosufficienti;
- d. attua annualmente le vaccinazioni previste dal piano assistenziale concordate con l'Azienda USL e tutte quelle ritenute necessarie ai fini della prevenzione delle malattie diffusibili;
- e. collabora con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e della Azienda USL. per la raccolta di dati sulla condizione e sui bisogni degli utenti ospiti in queste strutture, anche attraverso strumenti di tipo informatico propri della struttura.

Art. 4 – Organizzazione dell'assistenza.

1. La erogazione dell'assistenza nelle strutture di cui all'articolo 1, comma 1 lettera A) del presente Allegato, avviene secondo le seguenti modalità:

- a. L'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il medico di Assistenza Primaria, il medico della Azienda USL a ciò preposto sentito il Responsabile della struttura.
- b. L'impegno orario assistenziale viene rapportato a 6 ore settimanali esclusi il sabato e i giorni festivi, ogni 30 assistiti affidati.
- c. Ove il numero di assistiti affidati sia superiore a 30, le ore di presenza settimanale del medico di Assistenza Primaria sono rapportate a 2 ore per ogni dieci ulteriori assistiti, fino a un massimo complessivo di 12 ore settimanali (corrispondenti a 60 assistiti), secondo il seguente schema:
 - da 31 a 40 assistiti 8 ore settimanali
 - da 41 a 50 assistiti 10 ore settimanali
 - da 51 a 60 assistiti 12 ore settimanali
- d. Nel caso in cui gli assistiti in carico siano in numero inferiore a 30, l'impegno orario è parametrato secondo il seguente schema:
 - fino a 9 assistiti 2 ore settimanali
 - da 10 a 19 assistiti 4 ore settimanali
 - da 20 a 30 assistiti 6 ore settimanali
- e. Il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma su apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenza protetta.
- f. Ove nella stessa struttura operino più medici di medicina generale, al fine di permettere una migliore organizzazione di quanto disposto dal presente articolo, gli stessi si impegnano a concordare eventuali turnazioni nell'utilizzo dell'eventuale studio medico ed eventuali forme di organizzazione concordata della presenza nella struttura.

2. La erogazione della assistenza nelle strutture di cui all'articolo 1, comma 1, lettera B) e C) del presente Allegato, avviene secondo le seguenti modalità organizzative:
- a. L'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il medico di Assistenza Primaria, il medico della ASL a ciò preposto ed il Direttore o il Responsabile della struttura.
 - b. L'impegno orario per il medico viene rapportato a 3 ore settimanali, senza obbligo di frequenza giornaliera ed esclusi i giorni festivi, ogni 30 assistiti affidati.
 - c. Oltre trenta pazienti assistiti, le ore di presenza settimanale sono rapportate a 1 ora ogni 10 ulteriori assistiti, fino a un massimo complessivo di 6 ore settimanali (corrispondenti a 60 assistiti), secondo il seguente schema:
 - da 31 a 40 assistiti 4 ore settimanali
 - da 41 a 50 assistiti 5 ore settimanali
 - da 51 a 60 assistiti 6 ore settimanali
 - d. Nel caso in cui gli assistiti in carico al medico siano in numero inferiore a 30 l'impegno orario è parametrato secondo il seguente schema:
 - fino a 9 assistiti 1 ora settimanale
 - da 10 a 19 assistiti 2 ore settimanali
 - da 19 a 30 assistiti 3 ore settimanali
 - e. Il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma di apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenze protetta.

Art. 5 – Individuazione dei medici.

1. L'assistenza programmata di cui al presente Allegato, dovrà essere erogata da medici di Assistenza Primaria iscritti nell'elenco dei medici convenzionati dell'ambito territoriale dove è ubicata la struttura o in subordine tra quelli presenti negli ambiti territoriali limitrofi, e con le modalità di scelta previste dall'ACN per la medicina generale del 23.3.2005 esercitata dall'avente diritto o dal legale rappresentante.
2. Ove il medico di scelta della persona sia altro medico rispetto a quelli operanti negli ambiti territoriali di cui al comma precedente, egli è tenuto comunque agli obblighi di cui al presente Allegato se ne ha richiesto l'applicazione per l'assistenza ai propri pazienti.

Art. 6 – Attivazione dell'assistenza.

1. L'ASL individua e classifica con apposito atto, sulla base delle determinazioni di cui al presente Allegato ed alle eventuali determinazioni in merito da parte della Regione e sentiti i Sindacati rappresentativi ai sensi dell'ACN per la medicina generale del 23.3.2005, le residenze assistenziali di cui all'articolo 1 lettere A), B), C) del presente Allegato e procede all'avvio dell'attività assistenziale secondo le modalità fissate dal precedente articolo 4.
2. La modulistica necessaria alla gestione delle attività di assistenza nelle residenze assistenziali è determinata da ciascuna ASL nel rispetto delle determinazioni di cui al presente Allegato.

Art. 7 – Trattamento economico.

1. L'attività di assistenza programmata ai pazienti ospiti delle strutture di cui all'art. 1 del presente Allegato viene retribuita in aggiunta alla quota fissa spettante al medico di famiglia, con un compenso forfetario aggiuntivo, differenziato in rapporto alla tipologia della struttura dove viene effettuata la prestazione, in quanto corrispondente ad un differente impegno professionale richiesto.
2. L'onorario professionale per assistito riferito ai commi precedenti viene articolato secondo le seguenti differenziazioni:
 - a. Per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 1, comma 1, lettera A, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN per la medicina generale del 23.3.2005, è corrisposto un compenso mensile di Euro 27,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti.
 - b. Per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 1, comma 1, lettera B, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN per la medicina generale del 23.3.2005, è corrisposto un compenso mensile di Euro 18,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti
 - c. Per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art 1, comma 1, lettera C, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN per la medicina generale del 23.3.2005, è corrisposto un compenso mensile di Euro 9,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti.
 - d. Il compenso di cui alla lettera a) del presente comma è comprensivo di ADP, ADI, e delle prestazioni aggiuntive; il compenso di cui alla lettera b) del presente comma è comprensivo di ADP e delle prestazioni aggiuntive
 - e. Ai fini del pagamento delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D dell'ACN così come modificato dal presente Accordo, si fa riferimento a quanto previsto dal comma 4 dell'allegato D e dall'art. 59 dell'ACN.

Art. 8 – Modalità di pagamento.

1. Al fine della corresponsione della quota aggiuntiva, da effettuarsi entro i 2 mesi successivi a quello di competenza, il medico inoltra al Distretto, entro il 10 di ciascun mese, il foglio riepilogativo mensile degli accessi eseguiti, debitamente sottoscritto dal responsabile della residenza protetta o della collettività, con indicazione del numero effettivo delle ore svolte dal medico all'interno della struttura.

Art. 9 – Sospensione del programma.

1. Il programma assistenziale di cui al presente Allegato rimane sospeso nel periodo di ricovero ospedaliero dell'assistito, con conseguente non erogazione, per il periodo stesso, della quota aggiuntiva.

Art. 10 – Cessazione del programma.

1. Il programma assistenziale e il diritto a percepire le relative quote aggiuntive, cessano per:

- a) decesso dell'assistito
- b) dimissione definitiva dell'assistito
- c) cambio del medico

Art. 11 - Controversie.

1. Eventuali controversie interpretative insorte in sede di applicazione del presente Allegato, vanno sottoposte alla valutazione del Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN.

Art. 12 – Indicatori di efficienza e revisione qualità.

1. Al fine di migliorare le prestazioni professionali degli operatori e aumentare l'indice di gradimento dei cittadini utenti, oltre che per una corretta distribuzione delle risorse, la ASL, d'intesa con i Sindacati rappresentativi ai sensi dell'ACN 23/03/2005 attiva le procedure di valutazione e revisione per l'analisi dei percorsi, degli obiettivi da raggiungere, e di quelli raggiunti in rapporto a quelli prefissati, al fine di apportare gli opportuni correttivi.

2. La Regione ai fini di individuare gli strumenti tecnici per una valutazione di qualità finalizzata e specifica, provvederà alla definizione, entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo, di un protocollo tecnico degli indicatori di qualità delle prestazioni erogate dal servizio e del livello di soddisfazione dei cittadini utenti rispetto al servizio stesso.

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE A VERBALE DI FEDERAZIONE MEDICI – UIL - FPL

Federazione Medici Aderente Uil-FPL, nel sottoscrivere con senso di responsabilità questo Accordo che risponde solo in parte agli enunciati della premessa per quanto riguarda l'integrazione dei medici di continuità assistenziale che di fatto restano ancora una volta esclusi dalle attività territoriali, dichiara il proprio forte impegno - che sarà vigile e costante e utilizzerà tutti gli strumenti necessari -, affinché si proceda alla definizione del Progetto Obiettivo di riorganizzazione della continuità assistenziale e alla stipula dell'AIR di settore entro i 3 mesi indicati. Invita, altresì, la Parte Pubblica e le altre OO.SS. a sottoscrivere il medesimo impegno.

DICHIARAZIONE A VERBALE DI FP CGIL

La Fp CGIL medici sottoscrive il presente accordo fermo restando che:

1. la frase "1 medico ogni 3500 abitanti residenti" di cui al comma 1 dell'articolo sulla disciplina dell'art. 64 – rapporto ottimale continuità assistenziale – pag. 30 – è riferito esclusivamente al rapporto tra numero di medici in servizio e popolazione residente in conformità con quanto indicato dall'art. 64 ACN;
2. la frase "rispetto dell'attuale monte ore" di cui al punto 4 dell'articolo sulla disciplina dell'art. 64 – rapporto ottimale continuità assistenziale – pag. 31 – previsto per il progetto obbiettivo, è finalizzato unicamente a garantire l'occupazione dell'attuale numero di addetti impiegati compresi quelli a tempo determinato, coerentemente con quanto indicato dal piano sanitario regionale;
3. le attività di operatività sinergica per l'emergenza territoriale di cui al punto 1 dell'articolo sulla disciplina dell'art. 62, pag. 30 e la collaborazione presso i pronto soccorso ospedalieri per le prestazioni codificate come "codici bianchi" di cui al punto 1 dell'articolo sulla disciplina dell'articolo 67 – compiti del medico, pag. 33 – previste per il medico di continuità assistenziale non possono essere attivate prima che il progetto obbiettivo, adottato ai sensi dell'art. 12 della legge regionale n° 10 del 2006, ne abbia definito con chiarezza funzioni e responsabilità e prima che l'AIR di settore ne abbia fissato gli eventuali compensi. I medici di continuità assistenziale non possono essere in alcun modo impiegati per supplire carenze di personale ospedaliero.

INDICE

Premessa	pag.	3	
Forme Organizzative dell'Assistenza Primaria			
Equipe Territoriali	pag.	5	
Associazionismo medico	pag.	6	
Continuità dell'assistenza			
Liste d'attesa e medicina generale	pag.	8	
Assistenza farmaceutica e modulare	pag.	8	
Valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi	pag.	9	
Informazione medico scientifica nello studio del MMG	pag.	9	9
Disponibilità telefonica	pag.	10	
Programma di gestione integrata del paziente diabetico	pag.	10	
Cure domiciliari – Sviluppo dei servizi alternativi al ricovero			
Cure domiciliari integrate	pag.	12	
Assistenza domiciliare programmata nei pazienti non ambulatoriali (ADP)	pag.	15	
Assistenza Domiciliare nelle Residenze Protette e Collettività (ADR)	pag.	15	
Assistenza domiciliare temporanea per acuti (ADTA)	pag.	15	
Forme alternative al ricovero ospedaliero	pag.	16	
Rapporto Ospedale-Territorio			
Appropriatezza dei ricoveri ed ai servizi di P.S.	pag.	16	
Prestazioni aggiuntive	pag.	17	
Attività informatiche integrative	pag.	17	
Azioni di prevenzione e promozione della salute			
Valutazione del rischio cardiovascolare	pag.	18	
MMG e ruolo nel distretto			
Attività di tutela dei soggetti fragili	pag.	18	
Apertura degli studi medici	pag.	19	
Programmi di attività e livelli di spesa programmati	pag.	19	
Formazione	pag.	20	
Programmazione e monitoraggio delle attività			
Osservatorio Regionale dell'appropriatezza	pag.	21	
Governo Clinico e qualità dell'assistenza			
Miglioramento della continuità dell'assistenza	pag.	23	
Appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche	pag.	23	
Contrattazione Aziendale	pag.	24	
Definizione delle risorse finanziarie			
Finanziamento dell'Accordo Integrativo Regionale	pag.	25	
Fondi e compensi (disciplina dell'art. 59 ACN)	pag.	25	25
Interventi sull'articolato ACN	pag.	27	
Assistenza primaria	pag.	27	
Continuità assistenziale	pag.	30	
Emergenza sanitaria territoriale	pag.	35	
Durata dell'accordo	pag.	36	
Norme transitorie e finali	pag.	37	
Allegato 1	pag.	38	
Allegato 2	pag.	39	
Allegato 3	pag.	47	
Allegato 4	pag.	48	
Allegato 5	pag.	54	
Dichiarazioni a verbale	pag.	59	