

~~PROTETTORE REGIONALE DELLA SALUTE~~
ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE STRALCIO 2014

**L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA,
POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA**

E

**LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI F.I.M.M.G., S.N.A.M.I., S.M.I., INTESA
SINDACALE**

Premesso che, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i Medici di medicina generale è disciplinato da apposita convenzione conforme all'Accordo Collettivo Nazionale stipulato ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni ed integrazioni con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Premesso altresì che:

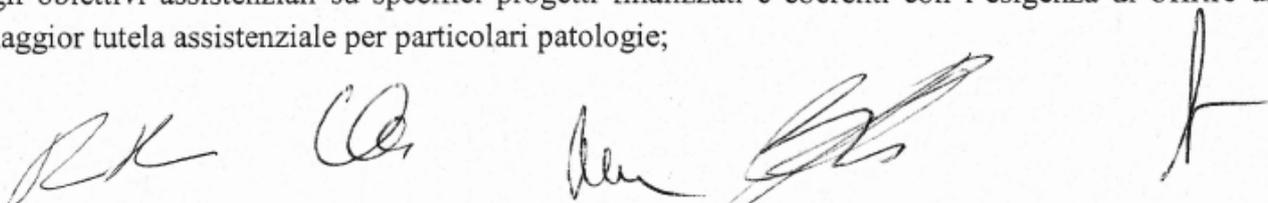
- il vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (di seguito denominato ACN), per il quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006-2007, è stato reso esecutivo, in conformità alle disposizioni recate dall'art. 2-nonies, della legge 26 maggio 2004, n. 138, mediante intesa sancita in data 29 luglio 2009 in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;
- in data 8 luglio 2010 è stato, inoltre, reso esecutivo, in conformità alle disposizioni recate dall'art. 2 - nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138, l'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il biennio economico 2008-2009, mediante intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

Atteso che gli articoli 4 e 14 dell'ACN definiscono gli ambiti e i contenuti demandati alla negoziazione regionale;

Richiamato l' Accordo integrativo regionale (di seguito denominato AIR) approvato con deliberazione della Giunta regionale il 20 febbraio 2006, n. 269 e l'AIR approvato con deliberazione della Giunta Regionale il 15 dicembre 2011, n. 2479

Richiamato il Protocollo di indirizzi per la trattativa regionale preliminare all'Accordo integrativo regionale stipulato il 29.3.2012 tra il Presidente della Giunta regionale e le OO.SS. F.I.M.M.G., S.N.A.M.I., S.M.I., INTESA SINDACALE, di cui alla Delibera di Generalità n. 629 del 13.4.2012;

Richiamata altresì la Delibera della Giunta Regionale 20 settembre 2012, n. 1644 di Approvazione dell'Accordo integrativo regionale - primo stralcio attuativo del "protocollo di indirizzi per la trattativa regionale preliminare all'accordo integrativo regionale" in particolare per quanto attiene agli obiettivi assistenziali su specifici progetti finalizzati e coerenti con l'esigenza di offrire una maggior tutela assistenziale per particolari patologie;



Vista la legge regionale 27.12.2013, n. 23 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia - Legge finanziaria 2014), laddove all'articolo 8, comma 9, autorizza, nei limiti delle disponibilità finanziarie accantonate, la remunerazione degli oneri economici sostenuti dai medici di medicina generale che hanno attivato entro il 31.12.2013 le modalità organizzative in applicazione dell'articolo 59, lettera b, dell'ACN;

Preso atto che i medici di medicina generale in aderenza agli indirizzi regionali hanno attuato forme associative e acquisito personale di studio avanzando istanza di riconoscimento degli oneri sostenuti;

Richiamato il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 e, in particolare, l'art. 1 rubricato "Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle Aziende sanitarie;

Considerato che l'art 1, comma 6, della legge 189/2012 prevede l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'art. 1, comma 4, della legge 189/2012

Considerato che la vigente normativa afferente all'assistenza primaria tende a sviluppare modelli organizzativi incentrati sulle aggregazioni funzionali territoriali e su forme organizzative multi professionali tendenti alla copertura assistenziale per l'intera giornata;

Rilevato che l'art. 8, comma 10, della l.r. 23/2013 prevede anche per il futuro il potenziamento di tali processi riorganizzativi in coerenza con le disposizioni di cui all'art.1 del d.l n. 158/2012 convertito dalla legge 189/2012;

Dato atto che la riorganizzazione del sistema di assistenza sanitaria primaria necessita di una revisione complessiva dell'offerta sanitaria regionale ed in particolare dei compiti affidati ai Distretti sanitari, nonché dell'offerta di continuità assistenziale e dell'integrazione con le funzioni specialistiche ospedaliere e territoriali;

Ritenuto che il processo di riordino del Sistema sanitario regionale (SSR) in corso determinerà una profonda rimodulazione dell'assetto istituzionale e delle modalità organizzative del SSR e che tali modifiche avranno ricadute sul sistema di assistenza sanitaria primaria;

Ritenuto di completare le previsioni del Protocollo di indirizzo per la trattativa regionale del 29 marzo 2013 nella parte che attiene al miglioramento dell'assetto organizzativo e strutturale della medicina generale di cui agli istituti previsti dal "Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza" disciplinati dagli articoli 46 e 59, lettera b, dell'ACN;

Condiviso che è necessario definire un Accordo integrativo regionale in due fasi: un Accordo stralcio e un Accordo Operativo che tenga conto delle modifiche dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR in corso di definizione;

Ritenuto pertanto di avviare un percorso multisettoriale e multi professionale del quale il presente Accordo Stralcio costituisce punto di partenza da verificare e aggiornare entro breve, ma che consente da subito di:

- 1) definire e stabilizzare gli istituti avviati ai sensi dell'articolo 59, lettera b, dell'ACN al 31.12.2013 a norma della dgr 269/2006;
- 2) definire anche in via sperimentale un percorso attuativo dell'articolo 1 del dl 158/2012 convertito dalla legge 189/2012;



Visto il Decreto del Presidente della Regione 19 luglio 2012 n. 0152/Pres di costituzione del Comitato permanente regionale e il successivo Decreto del Presidente della Regione del 18 ottobre 2013 n. 0199/Pres di sostituzione di parte della sua composizione;

Dato atto che, ai sensi dell'art. 24 dell'ACN, il Comitato permanente regionale è preposto alla definizione degli accordi regionale;

tutto ciò premesso e considerato

le parti concordano

di sottoscrivere il presente Accordo Integrativo Regionale Stralcio

1. Definizione e stabilizzazione degli istituti disciplinati dall'articolo 59, lettera b, dell'ACN avviati entro il 31.12.2013 e ad oggi non economicamente riconosciuti ai sensi della dgr 269/2006

- a) le Aziende per i servizi sanitari sono autorizzate, ai sensi dell'art. 8, comma 9, della l.r. 23/2013, a "remunerare gli oneri economici sostenuti dai medici di medicina generale che hanno attivato, entro il 31.12.2013, le modalità organizzative di cui all'art. 59, lettera B, del vigente ACN ai fini del miglioramento e dell'estensione della continuità assistenziale";
- b) successivamente alla sottoscrizione del presente Accordo le parti si impegnano, garantendo i diritti acquisiti ai sensi della dgr 269/2006, a rivedere gradualmente le modalità organizzative della medicina generale in essere per adattarle progressivamente ai criteri e alle modalità già previsti dal presente Accordo e che saranno ulteriormente specificate dall'Accordo Operativo, nonché il contributo che i MMG garantiranno per perseguire obiettivi di salute e di governo del sistema di assistenza sanitaria regionale secondo quanto stabilito dall'art. 8, comma 10 della l.r. 23/2013
- c) l'onere massimo su scala regionale viene definito in € 2.648.584,08 costituito dagli accantonamenti per assicurare lo sviluppo delle nuove modalità organizzative dei medici di medicina generale nei bilanci delle Aziende per i servizi sanitari; le modalità di ripartizione di tali fondi alle forme associative viene determinato privilegiando il rimborso dei costi sostenuti per la remunerazione del personale di studio, garantendo il riconoscimento di almeno l'80% dei costi sostenuti per tale voce, e avendo cura di prevedere una remunerazione capitaria per la medicina di rete e in gruppo non inferiore a quanto stabilito dall'art.59 dell'ACN 2005; le parti concordano inoltre di procedere alla ripartizione dei fondi di ponderazione accantonati tra i medici che non aderiscono alle forme organizzative;
- d) la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia indicherà alle Aziende per i servizi sanitari le modalità operative per la ripartizione dei fondi. Le Aziende sanitarie provvederanno a liquidare le competenze entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

2. Definizione dal 2014 dell'entità degli oneri e delle modalità organizzative ex articolo 59, lettera b, ACN e AIR 2005



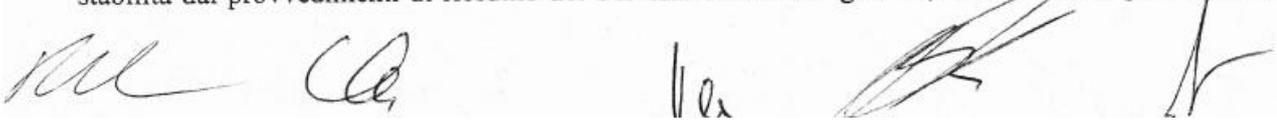
- a) al fine di garantire lo sviluppo dell'Assistenza primaria nel sistema sanitario regionale, anche mediante lo sviluppo delle forme organizzative della medicina generale, coerentemente con l'azione complessiva di riordino del SSR, le parti concordano di costituire un fondo per lo Sviluppo dell'Assistenza primaria, alimentato dalle risorse degli accordi integrativi regionali (AIR) e aziendali (AIA) e incrementato annualmente da quote che verranno assicurate dalla Regione per lo sviluppo delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria, coerenti con le disposizioni del d.l. 189/2012 e dell'ACN, e per la realizzazione di nuovi progetti assistenziali coerenti con i nuovi bisogni di salute e con i processi di riorganizzazione del sistema sanitario che prevede il riequilibrio tra le risorse attualmente assorbite dal LEA di assistenza ospedaliera a favore del LEA di assistenza distrettuale;
- b) le quote integrative derivanti da AIR ed AIA e riferite al raggiungimento di obiettivi e standard erogativi ed organizzativi e per compensi servizi, confluiscono pertanto in un unico fondo, denominato Fondo per lo Sviluppo dell'assistenza primaria che per il 2014 sarà integrato da nuove risorse regionali per il valore complessivo di € 3.000.000,00. Tale nuovo fondo, fatti salvi i diritti acquisiti (ovvero tutte le forme associative in essere, nonché i dipendenti regolarmente assunti e le relative indennità in essere a norma dell'art. 5 dell'ACN 2005 e della dgr 269/2006 - AIR 2005), garantirà lo sviluppo di iniziative di miglioramento organizzativo e assistenziale da avviarsi entro il 2014 in coerenza con i nuovi criteri definiti dal presente Accordo e sulla base della programmazione proposta dalle Aziende ed approvata dalla Regione mediante lo strumento programmatico dei Piani dell'assistenza primaria;
- c) il fondo per lo Sviluppo dell'assistenza primaria, così definito, consentirà anche l'attivazione di nuovi percorsi assistenziali di presa in carico delle malattie croniche da parte della medicina generale secondo modalità concordate in sede di Comitato regionale permanente;
- d) la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, previo accordo con il Comitato permanente regionale, indicherà alle Aziende per i servizi sanitari le modalità operative, nonché gli indirizzi da seguire per l'attuazione dei punti a, b e c.

3. Diritti sindacali

Con riferimento a quanto stabilito nella riunione del Comitato ex art.24 del 19 giugno 2014, nelle more di normative univoche a livello nazionale, si definisce di prendere atto della decisione dei Presidenti delle Regioni di demandare la questione alla trattativa nazionale attenendosi transitoriamente alla prassi consolidata. Pertanto le quote inerenti i distacchi sindacali saranno corrisposte con le modalità antecedenti la sospensione che prevedevano le indennità relative alla partecipazione a tavoli regionali ed aziendali ^{adesso} con quota forfettaria sulla base dell'avvenuta partecipazione alle riunioni, rilevata dalla firma sul foglio presenze.

4. Centro Regionale di Formazione per l' Area delle Cure Primarie (CeForMed)

Le parti convengono che, nelle more della definitiva riorganizzazione de CeForMed che sarà stabilita dai provvedimenti di riordino del Servizio sanitario regionale, si conviene di procedere al



rinnovo provvisorio degli organismi di indirizzo e di gestione tecnica del Centro) al fine di rispondere in modo appropriato ai bisogni formativi nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria.
(P.M.G. - P.L.S. - Specialist consultant)

secondo
modello
contratti
P.M.G. - P.L.S.

5. Informatizzazione della Medicina generale

Le parti si impegnano a realizzare il progetto della ricetta dematerializzata che costituisce la prima fase del processo di informatizzazione e di connessione della Medicina generale con gli altri nodi della rete assistenziali. Gli strumenti operative e le modalità e gli strumenti operativi sono definiti nell'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente accordo.

6. Definizione dei principi per l'attuazione dell'articolo 1 del d.l. 158/2012 convertito dalla legge 189/2012

Le parti concordano sulla necessità di realizzare congiuntamente un piano di potenziamento dell'assistenza primaria, coerente con le risorse disponibili, che preveda anche nuovi compiti e competenze per i MMG, partendo dal rafforzamento dell'esistente, coinvolgendo i MMG non solo nella gestione ed erogazione delle cure ma anche nella definizione delle linee di indirizzo, al fine di poter collaborare alla realizzazione della riforma sanitaria regionale, che prevede un progressivo spostamento dell'attività assistenziale dall'Ospedale al Territorio. Si concorda di migliorare l'organizzazione della medicina generale attraverso lo sviluppo dell'associazionismo monoprofessionale e dell'integrazione multiprofessionale, la continuità dell'assistenza e la presa in carico dei malati cronici. L'obiettivo è l'attuazione graduale dell'art. 1 del d.l. 158/2012 convertito dalla legge 189/2012 e della DGR 2305/2013. A tal fine nelle more dell'ACN e del nuovo AIR che le parti si impegnano fin d'ora a stipulare entro il 31.12.2014 si stabilisce quanto segue:

- a) fatti salvi i diritti acquisiti, a norma del DGR 269/2006 - AIR 2005, i medici di medicina generale s'impegnano ad aderire gradualmente alle forme organizzative così come saranno definite dall'Accordo integrativo regionale operativo, secondo i criteri generali di seguito indicati. I tempi e le modalità saranno definiti tra le parti, garantendo a tutti il passaggio alle nuove forme organizzative;
- b) le Aziende per i Servizi sanitari (ASS) definiscono i Piani dell'assistenza primaria previsti dalla Dgr 2305/2013 avvalendosi della collaborazione degli Uffici Distrettuali per la medicina generale (UDMG) e dei Comitati Aziendali ex art.23 individuando le forme organizzative della medicina generale; i Piani saranno redatti tenendo conto dei bisogni della popolazione, dei bacini di utenza, della densità abitativa, dell'accessibilità alle strutture sanitarie, delle disponibilità logistiche e di personale aziendale, della disponibilità dei MMG e dei medici di Continuità assistenziale;
- c) le forme organizzative di nuova istituzione, definite dai Piani dell'assistenza primaria presentati dalle Aziende per i servizi sanitari alla Regione, saranno attuate a partire dal 2015 secondo i criteri e le modalità che saranno definiti dall'AIR Operativo. Il regolamento di esercizio delle forme organizzative sarà quindi redatto secondo uno schema tipo regionale concordato e definito nel Comitato Regionale ex art.24;

remunerazione saranno definiti di concerto con le OOSS in sede di Comitato regionale permanente

- e) le parti concordano sin d'ora che le nuove forme organizzative della medicina generale sono le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), obbligatorie per tutti i medici, le medicine di gruppo e i centri di assistenza primaria che nel sistema sanitario della Regione FVG svolgono il ruolo delle Unità complesse delle cure primarie (UCCP). La partecipazione alle medicine di gruppo e ai Centri di assistenza primaria, per un periodo transitorio la cui durata sarà definita successivamente al riordino del SSR, è su base volontaria e consente ai medici di mantenere le sedi individuali per l'esercizio dell'attività professionale convenzionata; per garantire le attività delle medicine di gruppo e dei Centri di assistenza primaria i fattori produttivi di natura strutturale, strumentale, tecnologica e di personale devono, sulla base di accordi regionali e aziendali essere forniti direttamente o indirettamente dalle Aziende sanitarie;
- f) fatte salve le forme organizzative definite entro il 31.12.2013, non sarà più consentita l'attivazione di nuove forme associative e organizzative che non rispondano ai criteri stabiliti dall'AIR Operativo e alla programmazione definita dai Piani dell'assistenza primaria; a risorse costanti, per le forme associative in essere al 31 dicembre 2013 sono consentite integrazioni, interscambi e rimodulazioni per la fase transitoria di cui al punto 6, lettera a).

NOTA A VERBALE

Si dichiara che le forme organizzative in essere e le modalità operative con supporto di personale dipendente, attuate per migliorare l'offerta di servizio al cittadino del SSR, nonché le future forme organizzative dell'assistenza primaria mono e pluriprofessionali, non sono fonte di quid pluris per il professionista che svolge l'attività per il SSR; l'organizzazione delle forme associative per l'assistenza primaria non assume mai la qualifica di "autonoma".



Dichiarazione o verbale SNAMI

LO SNAMI RITIENE CHE ALL'ELENCO DEI MEDICI CHE HANNO ATTIVATO, ENTRO IL 31/12/2013, LE MODALITA' ORGANIZZATIVE DI CUI ALL'ART. 59, LETT. B, DEL VIGENTE ACN, DEBBANO ESSERE AGGIUNTI, DAL 2014, DOPO AVERNE ACQUISITO LA DISPONIBILITA' ATTUALE, QUANTI, NEL RISPETTO DI QUANTO PREVISTO DALL'AIR VIGENTE, ENTRO IL 31/12/2013 AVEVANO FATTO RICHIESTA ALLE ASS DI COSTITUIRE NUOVE FORME ASSOCIATIVE E/O ASSUNZIONE DI PERSONALE



Ricetta dematerializzata

Sistema informativo regionale per la gestione dei flussi previsti da DPCM 26-03-2008 e DM 2-11-2011 Modalità e strumenti.

GESTIONE PROGETTO/CABINA DI REGIA

La Direzione Centrale costituisce una Cabina di Regia composta da rappresentanti della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, dell'INSIEL SpA, delle Aziende Sanitarie e dal ^{con Roberto} ~~dott. Roberto~~ Vallini designato nel corso della seduta del 19.6.2014 del Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN.

INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE ai MMG

I Medici di Medicina Generale verranno adeguatamente formati ed informati, alla presenza dei tecnici INSIEL e dei componenti della UDMG e della direzione distrettuale.

RILEVAZIONE ATTREZZATURE AMBULATORIO

I Medici di Medicina Generale saranno contattati per una rilevazione rispetto alla dotazione informatica dell'ambulatorio e alla qualità del collegamento a internet. La verifica permetterà di rilevare l'effettiva presenza dei requisiti tecnici minimi per l'avvio della ricetta dematerializzata senza rischiare di compromettere l'attività del medico durante l'ambulatorio. Nel caso in cui fosse indispensabile l'adeguamento delle dotazioni hardware e software rispetto a quanto necessario per la trasmissione del debito informativo già previsto dal vigente ACN, l'Amministrazione si farà carico di adeguare ed aggiornare il sistema secondo gli standard necessari al suo buon funzionamento. Manutenzione e aggiornamento di hardware e software, necessari nel tempo per mantenere adeguato il sistema, sono a carico della Regione.

INSTALLAZIONE ADD-ON

Sulla base della rilevazione e in base alla disponibilità dichiarate dal Medico di Medicina Generale si procederà all'installazione dell'ADD-ON del software per la gestione della ricetta dematerializzata con costi interamente sostenuti dalla Regione. Sono in corso di certificazione altre software-house per la gestione della ricetta elettronica. L'installazione dell'ADD-ON è prevista in ogni studio ove il medico pratici la professione convenzionata, anche in più studi; deve garantire il funzionamento delle reti locali esistenti, della comunicazione client e server tra medici in rete ed in gruppo e tra medici ed assistenti di studio; eventuali modifiche alle reti devono essere fatte e garantite dalla Regione; i medici sostituiti che non sono titolari di convenzione con il SSN, utilizzano il ricettario cartaceo.

PORTALE REGIONALE

INSIEL SpA a partire dal 16 giugno 2014 aggiornerà il portale "Continuità della Cura" per la gestione della ricetta dematerializzata per i Medici di Medicina Generale che utilizzano tale software.

AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO/COLLEGAMENTO DI RETE

INSIEL SpA su mandato della Direzione Centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia predispose il piano per completare il collegamento degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale alla rete (banda larga o altro sistema di scambio dati ritenuto idoneo). E' prevista la fornitura della linea SPC L1 a 20 megabyte, il pagamento del canone, l'assistenza comprensiva di help-desk. Il costo è interamente sostenuto dall'Amministrazione regionale. Linea, modem, collegamento, assistenza, help desk di primo e secondo livello con numero verde dedicato sono garantiti a carico dell'Amministrazione regionale. Saranno sempre garantite le sostituzioni dei componenti non funzionanti nel minor tempo possibile a carico della Regione. Fino ad utilizzo dei promemoria su carta saranno rimborsati ai medici forfetariamente carta e toner. Nessuna sanzione sarà applicata al medico per il mancato invio delle ricette elettroniche se l'inadempienza dipenda da cause tecniche non dipendenti dalla sua volontà.



GRUPPO TECNICO

Il gruppo tecnico ristretto paritetico verrà consultato per analizzare e risolvere le criticità emerse, per implementare il sistema ed apporre tutte le migliorie possibili. In seconda istanza verranno segnalate al Comitato regionale ex art. 24, che valuterà il caso.

A Verlele

Le parti prendono atto che i principi per la definizione delle nuove forme organizzative e dei nuovi obiettivi di salute e gestionali da perseguire congiuntamente sono quelli sotto indicati ; tali criteri verranno declinati in azioni, obiettivi e indicatori specifici nell' AIR Operativo da approvare entro il 31.12.2014.

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELL'AIR OPERATIVO

Le forme organizzative della Medicina generale

Le finalità e i principi enunciati nella Legge regionale per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, richiedono una riorganizzazione dei Servizi di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle funzioni e delle attività della medicina di famiglia. I mutati bisogni assistenziali comportano di sviluppare politiche di promozione della salute e di prevenzione delle patologie prevalenti e di favorire l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali al fine di aumentare l'efficacia delle cure e di garantire la continuità dell'assistenza. In questa prospettiva all'assistenza medica primaria è richiesto di svolgere il nuovo ruolo, di cruciale importanza, di risposta ai problemi di salute della popolazione e di coordinamento dei relativi percorsi assistenziali: è quindi necessario ripensare i modelli organizzativi della Medicina generale, coerentemente con i nuovi indirizzi delineati dalla normativa nazionale, per consentire di svolgere le nuove funzioni ed attività, fermo restando il rapporto fiduciario medico-paziente.

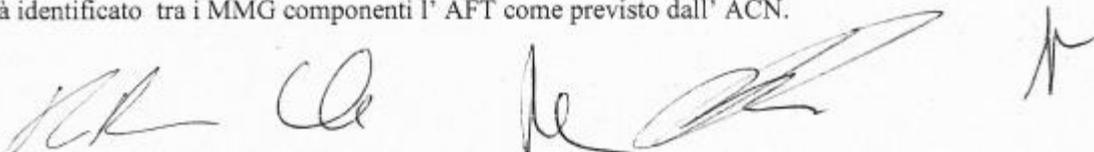
Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT

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

Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Le Aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento al distretto; popolazione assistita da definire e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20, in collegamento tra loro. L'estensione territoriale della AFT e la popolazione servita deve essere compatibile con le caratteristiche del territorio (urbano, rurale, montano)

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere del Comitato Aziendale. Il provvedimento individuerà i nominativi dei MMG facenti parte della AFT. Il Medico coordinatore sarà identificato tra i MMG componenti l' AFT come previsto dall' ACN.



Lo svolgimento delle funzioni ed attività della AFT sarà regolato da apposito regolamento d'esercizio redatto sulla base di uno schema tipo regionale.

Compiti ed attività del MMG nelle AFT

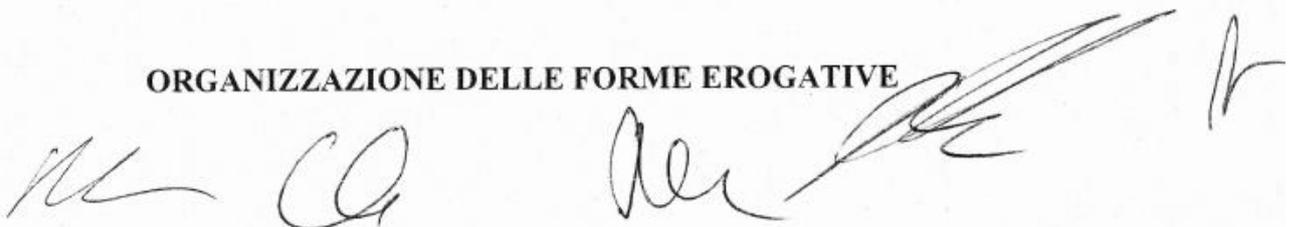
I medici di Medicina Generale che partecipano all'AFT garantiscono:

- compiti ed attività previsti nell'ACN e nell'AIR;
- obiettivi previsti dagli accordi regionali e aziendali da monitorarsi con indicatori condivisi;
- eventuali prestazioni aggiuntive secondo modalità concordate
- obiettivi di salute, di appropriatezza e gestionali che saranno definiti negli Accordi integrativi regionali e aziendali;
- adempimenti informatici così come previsto dagli Accordi e nelle procedure regionali.

Nelle AFT operano medici singoli e associati nelle forme organizzative previste con le seguenti funzioni e attività:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra medicina generale e medici di continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione di processi assistenziali efficaci ed appropriati sulla base dei principi della "evidence based medicine";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari;
- partecipare all'integrazione tra i servizi di assistenza sanitaria primaria, di prevenzione e ospedalieri per garantire percorsi assistenziali appropriati e la continuità dell'assistenza;
- garantire le attività assistenziali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione mediante il miglior uso possibile delle risorse;
- collaborare con il Distretto di riferimento nella programmazione e valutazione dei processi assistenziali, individuando i criteri per definire il carico assistenziale e per la valutazione dei risultati di esito e di performance clinica;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

ORGANIZZAZIONE DELLE FORME EROGATIVE



Le forme organizzative che svolgono funzioni di erogazione dell'assistenza medica primaria sono inserite nelle AFT e sono costituiti dai Centri di assistenza sanitaria primaria che, nell'organizzazione del Servizio sanitario regionale, corrispondono alle Unità complesse delle cure primarie. E' tuttavia necessario prevedere una fase transitoria che consenta di ottenere progressivamente l'aggregazione dei MMG nei Centri di assistenza primaria. In questa fase sarà consentita l'attivazione di medicine di gruppo sia di nuova attivazione sia derivate dalla riconversione delle forme organizzative esistenti secondo la programmazione prevista dai Piani di assistenza primaria. L'adesione dei MMG a queste forme organizzative avviene su base volontaria e consente di mantenere sedi individuali per l'esercizio dell'attività professionale convenzionata.

Medicina di Gruppo

Questa forma organizzativa ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. Il modello organizzativo è costituito dalla Medicina di Gruppo, formata di norma da almeno sei medici di medicina generale. Tale numero può essere soggetto a deroga in considerazione di variabili di natura organizzativa e assistenziale, individuate a livello di programmazione aziendale e descritte nel Piano dell'assistenza primaria. Il Piano dovrà inoltre prevedere la tempistica necessaria per garantire l'adeguamento del numero dei medici.

La Medicina di gruppo ha le seguenti caratteristiche:

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

Per realizzare queste funzioni e attività i medici partecipanti sono tenuti a:



- garantire una sede unica con apertura di almeno 8 ore al giorno o di aderire al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire un orario di almeno 8 ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana e due ore nei giorni prefestivi
- svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo;
- coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
- gestire il fascicolo sanitario elettronico secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali;
- aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;
- utilizzare sistemi di comunicazione informatica condivisi per la gestione di dati clinici e l'esecuzione di prestazioni in collegamento con le strutture dell'Azienda sanitaria;
- adottare percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria sulla base di accordi regionali e aziendali;

Lo svolgimento delle funzioni ed attività della Medicina di gruppo sarà regolato da apposito regolamento d'esercizio redatto sulla base di uno schema tipo concordato con il Comitato permanente regionale.

Centro di assistenza primaria

Il Centro di assistenza primaria che nel Servizio sanitario regionale svolge le funzioni dell'Unità complessa delle cure primarie, è costituito dall'aggregazione di MMG, di specialisti e di personale e di servizi, che operano nella stesse sedi. Queste ultime devono essere adeguate dal punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico e collegate mediante adeguati strumenti informatici e con gli eventuali ambulatori periferici dei MMG e con le altre strutture dell'Azienda sanitaria. Le dotazioni strutturali, tecnologiche, strumentali e di personale sono di norma fornite in modo diretto dalle Aziende sanitarie ma, sulla base di accordi regionali e aziendali possono prevedere anche la fornitura indiretta tramite il finanziamento dei medici.

- Il Centro di assistenza primaria ha un bacino di utenza di norma compreso tra i 10.000 e i 20.000 abitanti, si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- ospita i servizi di assistenza primaria e specialistica di seguito elencati:
 - ❖ ambulatori dei Medici di Medicina Generale, dotati di autonomia organizzativa (agenda, accettazione e prenotazione) e gestionale del paziente;
 - ❖ punto prelievi di laboratorio di analisi;
 - ❖ gestione delle urgenze che non richiedono il setting assistenziale ospedaliero;
 - ❖ diagnostica ecografica;
 - ❖ ambulatori specialistici;
 - ❖ servizi infermieristici;
 - ❖ servizi sociali;
 - ❖ eventualmente servizi di chirurgia minore;
 - ❖ servizi distrettuali;
 - ❖ integrazione con i servizi di salute mentale;
 - ❖ servizi di prenotazione e amministrativi.

OBIETTIVI DI SALUTE E DI GOVERNO DEL SISTEMA

I MMG, operanti nelle forme organizzative definite in precedenza, collaborano alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario regionale. Gli obiettivi individuati riguardano le aree tematiche di miglioramento della salute e di governo del sistema.

Obiettivi di salute: percorsi assistenziali

Gli obiettivi di miglioramento della salute riguardano la gestione integrata delle malattie croniche con particolare riferimento al diabete, alla BPCO, alle malattie cardiovascolari e alla salute mentale. La gestione operativa di tali obiettivi avviene mediante l'individuazione di percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze scientifiche e coordinati dal Distretto.

Nel corso del 2014 verrà definito prioritariamente il percorso assistenziale integrato relativo alla gestione del diabete mellito secondo le indicazioni dal "Piano della malattia diabetica" di cui all'accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012. Il percorso assistenziale sarà realizzato a partire dal 2015 utilizzando appositi finanziamenti stanziati nel fondo per lo Sviluppo dell'assistenza primaria.