REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Accordo modificativo e integrativo degli Accordi regionali

attuativi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005

Trieste
10 agosto 2009

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Accordo Modificativo dell'Accordo integrativo regionale

attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale inerente al quinquennio 2001-2005 siglato in data 15 dicembre 2005

LE PARTI

riunitesi in data 10 agosto 2009, presso la sede della Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale di Trieste, esaminata la proposta di accordo modificativo dell'accordo integrativo regionale, che costituisce applicazione della disciplina riferita all'art. 33 - Rapporto ottimale - dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di assistenza primaria, reso esecutivo in data 15.12.2005, predisposta dalla delegazione di parte pubblica:

PREMESSO CHE

Il Comitato regionale, di cui all'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, istituito con decreto del Presidente della Regione 4 dicembre 2008, n. 0326/Pres., nella riunione tenutasi il 10 agosto 2009 ha definito il contenuto dell'accordo sulla specifica materia riferita al rapporto ottimale, come risultante in appresso:

CONSIDERATO

- che con precedente accordo siglato in data 15/12/2005, limitatamente alla materia riferita al rapporto ottimale ex art. 33,comma 9, dell'ACN, si era stabilito che :

  "Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300, superiore a 650.
  In situazioni particolari, quali, ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate, dal Comitato regionale, su richiesta delle Aziende interessate.
  Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti, secondo i nuovi parametri, entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo.
  Il Gruppo di lavoro regionale (istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005) valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di cui all'art 24 dell'ACN.
  In attesa della definitiva riorganizzazione sono sospesi i nuovi insediamenti per le zone carenti."

- che, avverso tale disposizione, è stato promosso ricorso giurisdizionale e che il Consiglio di Stato, definitivamente pronunciandosi con sentenza n° 1802/09, ha confermato la sentenza del TAR FVG n° 50/2007 e per l'effetto ha annullato la deliberazione della Giunta Regionale n° 269 del 20/2/2006 e del presupposto Accordo integrativo regionale stipulato in data 15/12/2005, nella parte in cui è stato stabilito che il rapporto ottimale medico/popolazione è definito in un medico ogni 1300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650, con la motivazione che le regioni non possono rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico/assistito per ambiti generali;

- che nella parte motiva della citata sentenza viene chiarito che l'art. 33 del ACN demanda agli accordi integrativi regionali la competenza a fissare deroghe a tale rapporto per

determinati ambiti territoriali e quindi, in via di eccezione, alla regola generale che resta quella fissata di 1/1000

- che occorre ridefinire la materia del rapporto ottimale alla luce della sentenza del Consiglio di Stato e delle disposizioni di cui all'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale;

INOLTRE

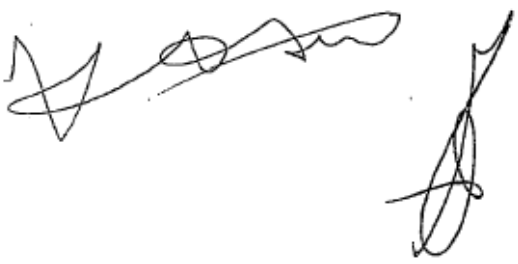
- Accertato che, ai sensi del comma 9 del citato articolo, per ciascun ambito può essere iscritto un medico ogni mille abitanti
- Preso atto che lo stesso articolo stabilisce che "le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente...la variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali..."
- Ritenuto che l'inserimento non programmato di nuovi medici convenzionati per l'assistenza primaria in ambiti aventi un basso numero di potenziali scelte rappresenta una criticità per il sistema a causa, tra l'altro, di una maggiore difficoltà a garantire qualità dei servizi, a fronte di una eccessiva frammentazione della medicina di base;
- Reputato pertanto necessario ed importante garantire al medico di medicina generale condizioni di acquisizione di numero di scelte sufficientemente significative, in modo tale da assicurare un investimento forte nella professione;
- Considerata la necessità di definire un diverso rapporto medici ed assistiti, non solo per governare la spesa sanitaria, quanto per garantire la funzione di integrazione, attribuendo, in relazione all'acquisizione di scelte, criteri differenziati atti a valorizzare le diverse situazioni oro-geografiche, abitative e organizzative;
- Verificata la possibilità per le Regioni di indicare per ambiti territoriali un diverso rapporto medico/popolazione, da concordare in sede di Accordi regionali, fino al massimo del 30%
- Valutata la possibilità di individuare, nell'ambito degli stessi Accordi, specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi zone carenti, come previsto dal comma 15 del medesimo art. 33, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale;
- Reputato opportuno un utilizzo degli strumenti contrattuali per la modifica del rapporto ottimale in relazione alle caratteristiche del territorio, alla dimensione dei Comuni e alla potenziale ricettività dell'ambito;

le parti

tenendo conto anche delle esigenze rappresentate dalla delegazione di parte sindacale

concordano quanto segue

il capoverso relativo al rapporto ottimale MMG (art. 33, comma 9, ACN) previsto a pag. 3 dell'Accordo Integrativo Regionale siglato in data 15 dicembre 2005, viene sostituito con il seguente capoverso:



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

Il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000, superiore a 500 per tutti gli ambiti territoriali dell'assistenza primaria, fatte salve le deroghe previste nel presente accordo.

In particolare tale rapporto ottimale 1/1000 viene garantito negli ambiti con popolazione superiore a **40.000** e negli ambiti con popolazione **inferiore a 5.001 abitanti**.

Per evitare una eccessiva frammentazione dell' assistenza primaria e fronteggiare le criticità legate ad un basso numero di potenziali scelte in carico al medico di medicina generale, negli ambiti di fascia intermedia con popolazione compresa **tra 40.000 abitanti e 10.001** abitanti, ai sensi del combinato disposto di cui al comma 9 con il comma 15 dell'art. 33 dell'ACN vengono introdotti alcuni fattori e parametri per la determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, rapportando il numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e alla effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale.
Tale valore soglia viene individuato nella percentuale del 30% mediante specifica formula di calcolo.
Le Aziende sanitarie possono stabilire, preventivamente e per ciascun ambito territoriale di scelta, un diverso e più alto valore soglia di ricettività, compreso tra il 31% ed il 40%, per garantire la necessaria variabilità a livello locale. In tale ultima ipotesi le Aziende dovranno definire il diverso valore soglia con apposito atto formale e previo parere del Comitato aziendale.
Definito il valore soglia teorico (uguale o superiore al 30%), lo stesso verrà raffrontato al valore determinato con riferimento ai seguenti parametri:

1. somma dei massimali di scelta di ciascun medico nell'ambito (interi o ridotti)
2. popolazione residente nell'ambito, con le detrazioni previste dal comma 9 e 11 dell'art. 33 ;

La differenza tra il 1° parametro (somma massimali) ed il 2° parametro (popolazione residente con detrazioni) viene divisa per la popolazione residente con detrazioni e moltiplicata per 100. Tale dato determina la percentuale di ricettività.
L'Azienda procederà all'individuazione di una o più zone carenti laddove la percentuale di ricettività sia pari o inferiore al valore soglia teorico (30%) o al maggiore valore soglia teorico prescelto (dal 31% al 40%) .
Individuato il 1° posto vacante nella zona carente, occorre procedere aumentando la somma massimali di 1500 e rideterminare la percentuale di ricettività.
Se tale nuovo valore è pari o inferiore al valore soglia teorico (30%) o al maggiore valore soglia teorico prescelto (dal 31% al 40%) si otterrà il 2° posto vacante nella zona carente. Si procederà ulteriormente aumentando sempre la somma massimali di ulteriori 1.500 e cosi via per i successivi posti vacanti all'interno dell'ambito.
Qualora la percentuale, anche aumentata, risulti superiore al valore soglia, la stessa non dà titolo alla individuazione di ulteriori posti vacanti nella zona carente.
L'applicazione dei suddetti parametri non deve comunque comportare la variabilità del rapporto ottimale oltre il limite fissato dall'ACN.

Al fine di assicurare al medico di medicina generale condizioni di acquisizione di numero di scelte sufficientemente significative, in modo tale da stimolare un investimento forte nella professione e favorire una stabilizzazione sul territorio, negli ambiti territoriali di fascia medio bassa, con popolazione compresa **tra 5.001 e 10.000** abitanti viene individuato un diverso rapporto medico/popolazione con aumento del 30% del rapporto ottimale, pari a 1/1300 o frazione superiore a 650.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

In situazioni particolari, quali, ad esempio, le zone montane ed a popolazione sparsa, agglomerati urbani ecc. potranno essere definite, con espressa motivazione, modalità diverse di calcolo, fino al limite inferiore del 30% del rapporto ottimale 1/1000, che verrà approvato, dal Comitato regionale, su richiesta delle Aziende interessate.

Sono fatte salve le deroghe già approvate dal Comitato regionale.

Ai fini del corretto calcolo e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

Trieste, *10 agosto* 2009

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE
– prof.. Vladimir Kosic –

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMMG _____

SMI _____

SIMET _____

CGIL Medici _____ * (FIRMA TECNICA VEDI DICHIARAZIONE A VERBALE)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Scelta del medico (art. 40, comma 6, ACN)

Premesso che, ai sensi del comma 5 dell'art. 40 ACN, il cittadino extracomunitario ha diritto alla scelta del medico per un tempo determinato pari alla validità del permesso di soggiorno, al fine di evitare la cancellazione dal SSN, con conseguente esclusione dall'elenco del proprio medico di medicina generale, l'interessato deve recarsi presso gli uffici dell'Azienda per i servizi sanitari, esibendo una copia della richiesta del rinnovo del permesso di soggiorno ovvero, se ne è già in possesso, del nuovo permesso di soggiorno.

Per evitare interruzioni nell'erogazione dell'assistenza sanitaria il cittadino straniero, con permesso di soggiorno scaduto, mantiene l'iscrizione nell'elenco del proprio medico per un ulteriore periodo di tre mesi. Scaduto tale termine, senza che l'interessato abbia provveduto a documentare agli uffici dell'Azienda per i servizi sanitari almeno l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno verrà effettuata, d'ufficio, la cancellazione dall'iscrizione al SSN, con conseguente revoca della scelta del medico convenzionato a partire dalla data di scadenza del termine dell'ulteriore periodo di tre mesi in questione. Al medico di medicina generale verrà erogata, per il trimestre di proroga dell'assistenza, la quota capitaria relativa alle mensilità in questione.

Con l'esibizione della domanda di rinnovo del permesso di soggiorno, il cittadino vedrà prorogato il diritto all'assistenza, di tre mesi in tre mesi, fino a quando sarà in grado di esibire il permesso di soggiorno rinnovato.

La Regione provvede affinché, per mezzo di informativa scritta, venga data apposita comunicazione ai cittadini extracomunitari, nei 30 giorni antecedenti alla scadenza del permesso di soggiorno, delle modalità di cui al presente punto, sollecitando tali stranieri a presentarsi, dopo la scadenza del proprio permesso di soggiorno e, comunque, entro tre mesi dalla stessa, agli uffici dell'Azienda sanitaria documentando l'avvenuta richiesta alla Questura del rinnovo del permesso di soggiorno senza attendere il rilascio del permesso rinnovato, pena lo scadere del proprio diritto all'assistenza erogata dal proprio medico di medicina generale.

Trieste , 10 agosto 2009

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE
– prof.. Vladimir Kosic –

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMMG _____

SMI _____

SIMET _____

CGIL Medici _____