

PREMESSA

Con l'accordo integrativo per la medicina di famiglia la Regione intende rafforzare e sviluppare ulteriormente l'area delle cure primarie, ponendosi in particolare, i seguenti obiettivi:

- realizzazione di una forte leadership con i medici di famiglia, tesa alla valorizzazione della centralità del loro ruolo nella organizzazione del sistema sanitario regionale, presupposto questo indispensabile per garantire i livelli essenziali di assistenza nell'ambito delle cure primarie;
 - sviluppo delle forme associative, in particolare di quelle complesse (es. UTAP), in un'ottica di potenziamento dei servizi ai cittadini, di facilitazione dell'accesso agli utenti, di gestione integrata dei pazienti e di continuità dell'assistenza;
 - programmazione del percorso per l'attuazione del governo clinico inteso quale complesso di scelte condivise per favorire l'efficacia e l'appropriatezza clinica;
 - consolidamento del processo di informatizzazione della medicina generale finalizzata alla integrazione nella rete informatica regionale per il raggiungimento, in tempi rapidi, del maggior livello di efficienza del sistema, tale da consentire, tra l'altro, la necessaria comunicazione informativa tra tutti i professionisti impegnati nel sistema sanitario regionale;
 - promozione della formazione in medicina generale per favorire la crescita culturale e professionale del medico;
 - sviluppo dell'assistenza domiciliare, con particolare riguardo alla persone affette da patologie la cui gravosità richiede particolare impegno da parte dei servizi sanitari e integrazione socio-assistenziale;
- continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ridisegnando la rete delle sedi di guardia medica e delle postazioni del servizio 118 in ragione delle obiettive esigenze territoriali, in particolare delle zone disagiate, favorendo le modalità di integrazione tra tutti i professionisti della medicina generale. Per la realizzazione degli obiettivi regionali è necessario programmare interventi per migliorare l'efficienza del modello organizzativo e azioni finalizzate alla implementazione delle attività assistenziale e della loro efficacia.

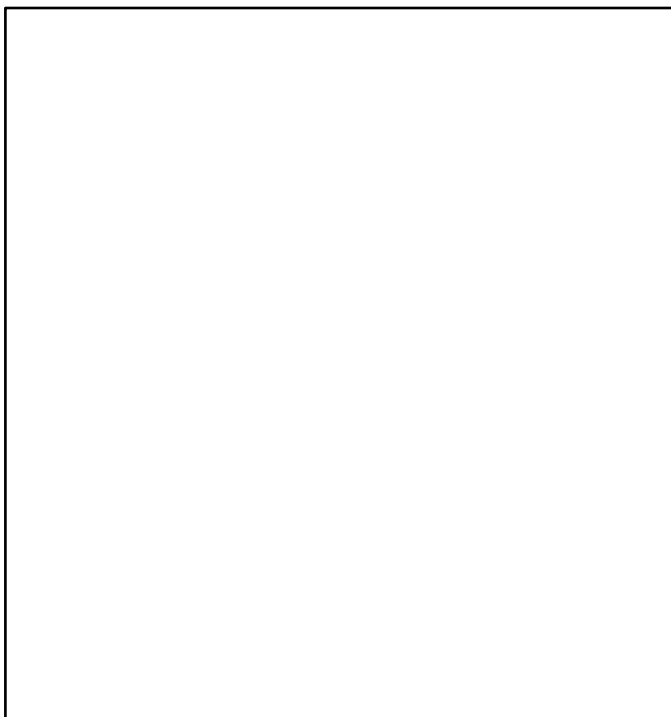
La presente intesa attua le previsioni dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.3.2005 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale. Le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, attività territoriali programmate, così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D. Lvo 502/92 e successive modifiche, sono svolte esclusivamente dai medici convenzionati ai sensi dell'ACN nell'ambito del servizio sanitario regionale pubblico, al fine di assicurare i LEA.

Il ruolo del medico di Medicina Generale nell'ambito del SSR è quello riveniente dalla normativa vigente. Il rapporto che si instaura tra la Regione ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività in regime convenzionale, è di "lavoro autonomo, coordinato e continuativo", con compiti e funzioni del medico di medicina generale che non potranno essere esercitati o affidati ad altri soggetti o ad Enti privati.

Con il presente accordo la Regione Puglia e le OO.SS. maggiormente rappresentative della M.G. si pongono l'obiettivo di migliorare il modello organizzativo al fine di intercettare il bisogno di salute dei cittadini, implementando nuovi servizi in favore degli utenti, attraverso:

1. le forme associative. Aumentare l'efficienza e l'economicità della risposta assistenziale, migliorando l'attuale rete sul territorio con una sempre maggiore complessità quali-quantitativa delle forme associative, sviluppando l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale anche al fine di garantire l'appropriatezza attraverso i nuovi modelli assistenziale basati sui percorsi condivisi diagnostico-terapeutici.
2. l'informatizzazione. L'ulteriore potenziamento dell'informatizzazione rappresenta un ulteriore servizio al cittadino in quanto consente di gestire, nella logica dell'approccio multidisciplinare e multiprofessionale, tutte le informazioni cliniche e terapeutiche su una scheda individuale computerizzata. Rappresenta, inoltre, uno strumento utile per facilitare lo svolgimento dei compiti burocratici della pubblica amministrazione, con particolare riferimento all'abbattimento delle liste di attesa.
3. l'assistenza domiciliare. L'assistenza ai malati cronici, agli anziani, ai malati terminali ed ai non

PREMESSA

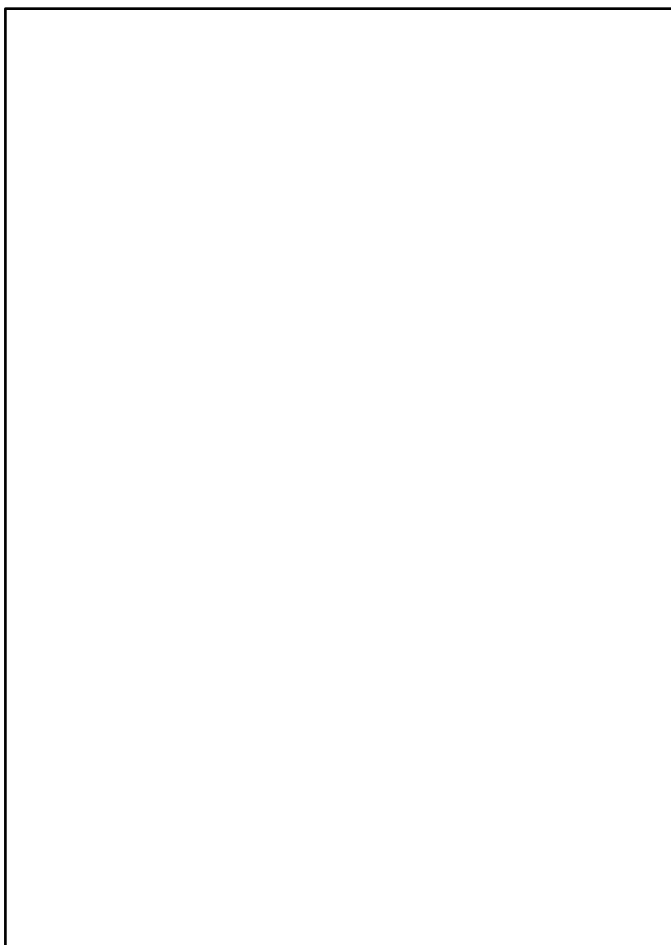


deambulabili è considerata una priorità nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. L'impegno di rendere ancor più capillare questa forma di assistenza rappresenta un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale.

4. l'appropriatezza. L'applicazione delle norme previste dalle Leggi regionali 25 e 26, la programmazione sanitaria concertata e condivisa, nonché il il governo clinico ed il sistema dei percorsi diagnostico terapeutici, costituiscono la migliore risposta all'esigenza di garantire un modello assistenziale basato sui principi di universalità, equità e solidarietà in presenza di risorse economiche definite.

L'accordo regionale ed i relativi accordi aziendali a stipularsi, sia dal punto di vista giuridico che economico non possono in nessun caso contrastare con la normativa specifica dell'Acn del 2-3.3.2005

Rapporto Ottimale



Il rapporto ottimale nella Regione Puglia, a far data dalla rilevazione del primo settembre 2006 è elevato ad 1 medico ogni 1300 cittadini residenti o frazione di 1300 superiore a 800, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 Dicembre dell'anno precedente. In tal senso va applicato l'Allegato B dell'A.C.N.

IL termine di cui all'art. 19 comma 3 decorre dalla data di pubblicazione delle carenze rilevate secondo il comma precedente.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Con la legge 3 agosto 2006 n. 25 la regione ha istituito in ogni distretto:

l'Unità Operativa Cure primarie, con compiti di raccordo operativo tra assistenza primaria, specialistica, consultoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nell'ambito della quale è prevista la presenza di un medico e di un pediatra di famiglia;

l'Ufficio per la programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale.

Il regolamento attuativo dovrà prevedere per l'Unità Operativa Cure primarie, in particolare, tre funzioni che possono essere considerate strategiche per il miglioramento della qualità dell'assistenza:

- integrazione tra ospedale e medico di famiglia (art. 49 dell'ACN)
- regolazione del rapporto tra medico specialista e medico di famiglia (art. 48 dell'ACN)
- coordinamento dell'assistenza domiciliare (art. 53 dell'ACN)

verifica dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse (art. 27 dell'ACN)

A tal fine l'Unità Operativa Cure primarie:

- deve essere dotata di linee telefonica e fax distinte e dedicate per garantire la comunicazione con i medici ospedalieri e i medici di famiglia, ed in tal modo operare come punto di riferimento per tutte le Unità di degenza intra ed extra aziendali e tutti i professionisti impegnati nell'assistenza primaria e specialistica;
- deve coordinare le attività degli infermieri, dei tecnici della riabilitazione e del personale di assistenza per assicurare la presa in carico dei pazienti in dimissione protetta e dei pazienti bisognosi di assistenza domiciliare in tutte le forme erogative previste dal piano sanitario regionale;
- deve farsi garante della organizzazione di tutte le risposte utili al miglioramento della qualità dell'assistenza, in particolare dell'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze previste dal piano di attività distrettuale e dai modelli regolamentari dell'accordo integrativo regionale;
- svolge le funzioni di verifica dei comportamenti prescrittivi previsti dall'art. 27 dell'ACN e, pertanto di Osservatorio delle prescrizioni specia-

listiche e farmaceutiche assicurando supporto ai medici, in particolare rispetto al fenomeno della prevenzione indotta

Fatte salve le disposizioni previste dal regolamento attuativo, all'Ufficio della programmazione delle attività in medicina generale è affidato il monitoraggio:

- di tutti i progetti regionale e aziendali, in particolare degli indicatori di processo e di esito riguardanti la partecipazione dei medici di medicina generale;

delle prescrizioni diagnostiche e farmaceutiche in relazione alla loro aderenza a linee guida condivise, a percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello regionale c/o aziendale, al rispetto delle note AIFA.

L'Ufficio organizza riunioni periodiche con i medici di medicina generale con lo scopo di svolgere una funzione informativa, tesa a prevenire e rimuovere comportamenti anomali, e per la verifica dell'uso appropriato delle risorse nell'ambito delle politiche di budget poste in essere dalle aziende. L'Ufficio coadiuva il Direttore del Distretto nell'ambito del Programma delle attività distrettuali.

La responsabilità dell'Ufficio della programmazione delle attività in medicina generale è affidata ad un medico di famiglia in possesso delle necessarie competenze e che, in considerazione dell'impegno richiesto, abbia un numero di assistiti superiore a 650 ed inferiore a 1000, in modo da garantire almeno due accessi settimanali presso il distretto. Il medico responsabile è tenuto a relazione l'attività svolta al Responsabile della Unità Operativa Cure primarie, secondo modalità concordate. Gli accessi sono retribuiti nella misura di 150 euro/cad., nella misura massima di 7.000 euro/anno.

Al fine di facilitare i compiti del medico di medicina generale e rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente e rendere, altresì, certi percorsi di cura:

Le Aziende sanitarie organizzano programmi di informazione sulla corretta applicazione delle note AIFA e delle disposizioni regionali sulla pre-

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

scrizione, indirizzati ai medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali.

La Regione attiva specifici tavoli tecnici con i rappresentanti delle società scientifiche specialistiche e della medicina generale per la definizione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici da sottoporre, successivamente, al Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN per la condivisione, limitatamente agli aspetti di impatto sull'organizzazione del lavoro del medico di medicina generale.

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

Associazionismo

La norma finale n. 2 dell'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 20 aprile 2004 n. 566, prevede che i compensi fissati per la medicina di gruppo e in rete sono aggiuntivi rispetto agli incrementi derivanti dal rinnovo dell'ACN. Pertanto, così come definito dall'Accordo del 23 marzo 2005 per l'applicazione dell'ACN, il compenso annuo della medicina di gruppo viene fissato nella misura di euro 8,352 per assistito a fronte del compenso previsto dall'ACN pari a euro 7 per assistito (+20% circa).

Coerentemente con gli aumenti riconosciuti a livello regionale, l'orario di apertura degli studi professionali del medico in associazione di gruppo e rete previsto dall'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 566/04 nella misura di 1h di apertura ogni 100 assistiti è aggiuntivo rispetto a quanto disciplinato per tutti i medici di famiglia dell'art. 36 dell'ACN.

Dall'analisi dei dati riguardanti la consistenza delle forme di associazionismo previste nell'ambito della medicina generale si rileva da un lato un sostanziale rispetto delle percentuali regionali fissate con l'accordo integrativo vigente, rispettivamente del 35% per la medicina di gruppo e del 20% per la medicina in rete, dall'altro una distribuzione territoriale disomogenea, che rispecchia, evidentemente, le esigenze assistenziali dei diversi contesti ambientali.

La Regione Puglia, anche ai sensi della Legge Regionale 25/06, "promuove le forme associative di erogazione del servizio secondo modelli a complessità crescenti, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore".

Al fine di incentivare l'associazionismo medico in Puglia le percentuali di cui alla lettera B, comma 8 art.59 dell'ACN del 23.3.2005 sono abolite a far data dalla pubblicazione del presente accordo.

Al fine di garantire la continuità delle cure e la stabilità del livello organizzativo dell'assistenza primaria ai medici inseriti nelle forme associative di cui all'art. 54, comma 6, non si applica l'art. 19, comma 3, dell'ACN vigente.

L'orario minimo delle associazioni di rete e di gruppo, di cui alla lett. B) e C) comma 6 art. 54 dell'ACN del 23.3.2005, deve essere articolato in modo tale da garantire almeno sette ore giornaliere di apertura. Per l'attività ambulatoriale del lunedì mattina le associazioni in rete e di gruppo devono preferibilmente garantire in maniera coordinata almeno 4 ore di apertura delle sette previste, salve diverse esigenze assistenziali territoriali definite caso per caso in seno al comitato aziendale ex art. 11.

Ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di rete ai sensi dell'art. 54,

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

Pertanto, al fine di favorire lo sviluppo delle forme associative in tutta la regione nel rispetto delle specificità territoriali, che sono il presupposto essenziale per il miglioramento della rete degli ambulatori di medicina generale, considerati a tutti gli effetti presidi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, si prevede:

1. l'attribuzione in quota capitarla, alle Aziende sanitarie territoriali, di 4 milioni di euro, dei 9 milioni previsti per il miglioramento dell'organizzazione territoriale (divisi in 6 per la medicina di famiglia, 2 per la continuità assistenziale e 1 per la medicina di libera scelta) dall'intesa sottoscritta il 23 marzo 2006, per lo sviluppo delle forme associative, risorse queste che integrano il fondo variabile di cui all'art. 59 lettera B dell'ACN;
2. l'utilizzo delle risorse tiene conto della programmazione aziendale così come definito al successivo punto 3);
3. ogni azienda sanitaria di concerto con il Comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, predisporre un piano di sviluppo delle forme associative, facendo riferimento al modello organizzativo più contacente alla realtà territoriale, nel senso della costruzione di una rete di presidi ambulatoriali che interpreti le reali esigenze dell'utenza;
4. l'abolizione dei vincoli riferiti alle percentuali previste per le associazioni di gruppo e in rete dall'accordo integrativo regionale di cui alla DGR 566/04;
5. blocco delle nuove medicine in associazione a far data dall'entrata in vigore del nuovo accordo integrativo regionale.

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

comma 8 dell'ACN del 23.3.2005 è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di €. 5,585/assistito/anno, mentre ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 54, comma 9 dell'ACN, è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di €. 8,352/assistito/anno.

SPERIMENTAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE COMPLESSE

L'analisi del modello organizzativo, attraverso il quale nella nostra regione viene assicurata l'assistenza primaria, mette in evidenza un dato di grande interesse: l'associazionismo dei medici, in particolare nelle forme più evolute del gruppo e della rete, è andato progressivamente aumentando, incontrando il consenso sia dei medici che dei cittadini, tanto che, oggi, più della metà dei pugliesi viene assistita da medici di famiglia associati in gruppo o in rete.

La necessità di meglio qualificare l'offerta dei servizi territoriali, in primo luogo ottimizzando i percorsi assistenziali, vede tutti gli attori della programmazione concordare sulla opportunità, in linea con le indicazioni nazionali, di sperimentare modelli di associazionismo più complesso rispetto a quelli attualmente operativi, intendendo la complessità un valore aggiunto, ovvero la modalità con la quale fornire risposte integrate alla domanda di salute, a tutto beneficio degli utenti.

In ogni ambito territoriale della nostra regione si registra una specifica consistenza associativa che, in gran parte, può essere considerata coerente con la realtà e le esigenze delle comunità locali, la cui conoscenza appartiene a tutti i protagonisti delle articolazioni territoriali del SSR. Partendo da questa considerazione, si assegna all'Azienda territoriale il compito di proporre la sperimentazione di nuove forme associative complesse, condivise con il Comitato Aziendale della medicina di famiglia di cui all'art. 23 dell'ACN, sulla base degli indirizzi definiti dall'Accordo Collettivo Regionale.

Modelli organizzativi complessi.

1) UCT (Unità di Cure Territoriale) strutturale

a) la sperimentazione riguarda associazioni di gruppo, con un numero di assistiti non inferiore a 5.000, che decidono di erogare tutta la propria attività assistenziale in una sede unica, garantendo la continuità dell'assistenza nella fascia oraria 8-20;

Unità di Cure Primarie

Art. 1 Istituzione

Sono istituite in Puglia le Unità di Cure Primarie che sono forme associative complesse costituite da uno o più associazioni già costituite nella forma di medicina in rete o medicina di gruppo. La UCP eroga servizi ulteriori rispetto all'attività prestata nella forma di medicina in rete o medicina di gruppo nel rispetto dell'obbligo orario contrattuale.

Art. 2 Adesione e Sede

L'ambito territoriale di riferimento è il Distretto Socio-Sanitario. La UCP deve avere sede nell'ambito territoriale di riferimento. La sede legale è liberamente scelta dai componenti dell'UCP.

Art. 3 Costituzione

La costituzione dell'UCP deve avvenire con atto scritto da comunicare alla AUSL di appartenenza e all'Ordine dei medici provinciale. Entro giorni 15 la AUSL procede all'adozione della relativa delibera di presa d'atto trascorsi i quali la presa d'atto si intende avvenuta. I compensi decorrono dalla data della comunicazione. Nel caso in cui vi è l'apertura di nuovi studi si applicano gli artt. 35 e 36 dell'ACN del 23/03/05.

La comunicazione deve contenere l'indicazione del coordinatore e il progetto dei servizi da erogare.

Art. 4 Trasformazioni

Ciascuna associazione decide liberamente se aderire all'UCP. L'adesione può essere ritirata inviando apposita comunicazione alla AUSL di appartenenza e all'Ordine dei medici provinciale con un preavviso di mesi 6.

Il singolo medico può recedere dall'associazione di appartenenza con un preavviso di mesi 6. All'associazione è concesso un termine di mesi 12 per ricostituire il numero minimo di aderenti, ove necessario, a decorrere dalla data dell'efficacia del recesso.

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

- b) è prevista l'assegnazione di un numero di ore di collaboratore di studio e di infermiere, con riferimento alla consistenza associativa ed alle attività concordate;
- c) l'infermiere deve essere impiegato, prioritariamente, per la erogazione delle prestazioni previste dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) nell'assistenza domiciliare. Inoltre sulla base di uno specifico protocollo all'infermiere viene affidata la gestione degli ambulatori di patologia, con riferimento alle attività di monitoraggio ed al ruolo di care-giver per la promozione dei corretti approcci terapeutici;
- d) nella UCT viene assicurata l'attivazione funzionale di ambulatori specialistici: in accordo con l'Azienda viene sottoscritta una intesa con gli specialisti aziendali, ambulatoriali interni ed ospedalieri, per la erogazione delle prestazioni specialistiche di maggior interesse per la popolazione assistita, indicando il beneficio che si intende ottenere rispetto alla gestione delle liste di attesa;
- e) la UCT si fa carico della prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche non erogabili nel proprio ambulatorio, secondo procedure concordate con l'Azienda;
- f) erogazione delle prestazioni a cura dei medici dell'UCT. A tale proposito l'Azienda concorda una lista di prestazioni che può comprendere sia quelle di cui all'allegato D lettere B e C dell'ACN, che quelle strumentali previste dal nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. Nel caso in cui tra i medici associati non vi sia uno specialista che si faccia carico della refertazione, si potrà ricorrere al teleconsulto;
- g) predisposizione di una linea guida condivisa tra i medici dell'associazione per la prescrizione di indagini diagnostiche, visite specialistiche e farmaci. A tale proposito, l'Azienda valuta la ricaduta in termini di riduzione della spesa storica o rispetto dei limiti previsti dalla programmazione regionale, facendo riferimento al rapporto tra spesa territoriale pesata ed ospedalizzazione. Fermo restando la garanzia del giusto percorso di cura, tale attività si configura quale processo per il miglioramento dell'appropriatezza.

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

Art. 5 Servizi

A) Gestione della cronicità e PDT

1) I MMG elaborano linee guida condivise e percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) nel campo del:

Diabete Mellito;

Ipertensione arteriosa;

BPCO;

Cardiopatie;

Altre patologie individuate e approvate dal Comitato Aziendale.

2) L'UCP deve assicurare l'attivazione entro il primo anno di attività di 1 percorso tra quelli indicati. I MMG si impegnano ad attivare un percorso uniforme e condiviso e di audit con incontri trimestrali al fine di verificare l'attuazione del progetto assistenziale.

3) In questo ambito la ASL avvia un progetto aziendale per consentire la partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali e/ospedalieri all'attuazione del PDT che nelle more di un accordo specifico con i medici specialisti deve avvenire nelle strutture specialistiche di riferimento. In presenza di un accordo specifico gli specialisti possono operare negli studi di medicina generale secondo il modello organizzativo approvato dall'UCP.

B) Assistenza Infermieristica:

L'UCP garantisce l'assistenza infermieristica in una o più sedi secondo la sua organizzazione interna, che costituisce parte integrante del progetto, per i pazienti in carico.

C) CUP e informatica:

L'UCP garantisce, su richiesta della ASL di appartenenza e previa predisposizione dei collegamenti informatici e dei software gestionali da parte del SSN, ove richiesto dal paziente, le prenotazioni per le prestazioni specialistiche attraverso il collegamento con il CUP regionale/aziendale secondo le modalità organizzative stabilite dall'UCP medesima.

Analogamente è espressa dall'UCP per la ricezione elettronica delle refertazioni.

Compenso: all'UCT viene riconosciuta una quota pari a 5.5 euro per assistito per lo Svolgimento dei compiti previsti e la strutturazione del modello organizzativo. Le prestazioni specialistiche di cui alla lettera f) vengono retribuite con le tariffe del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ridotte del 30%, quota corrispondente ai costi di gestione aziendale. Il costo del teleconsulto rimane a carico della associazione.

2) UCT (Unità di Cure Territoriali) funzionale

- a) la sperimentazione riguarda associazioni di rete, con un numero di assistiti non inferiore a 7.000;
- b) è prevista l'assegnazione di un numero di ore di collaboratore di studio e di infermiere, con riferimento alla consistenza associativa ed alle attività concordate;
- c) l'infermiere deve essere impiegato, prioritariamente, per la erogazione delle prestazioni previste dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) nell'assistenza domiciliare. Inoltre, sulla base di uno specifico protocollo all'infermiere viene affidata la gestione degli ambulatori di patologia, con riferimento alle attività di monitoraggio ed al ruolo di care-giver per la promozione dei corretti approcci terapeutici;
- d) nelle UCT viene assicurata l'attivazione funzionale di ambulatori specialistici: in accordo con l'Azienda viene sottoscritta una intesa con gli specialisti aziendali, ambulatoriali interni ed ospedalieri, per la erogazione delle prestazioni specialistiche di maggior interesse per la popolazione assistita, indicando il beneficio che si intende ottenere rispetto alla gestione delle liste di attesa;
- e) la UCT si fa carico della prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche non erogabili nel proprio ambulatorio, secondo procedure concordate con l'Azienda;
- f) erogazione delle prestazioni a cura dei medici dell'UCT. A tale proposito l'Azienda concorda una lista di prestazioni che può comprendere sia quelle di cui all'allegato D lettere B e C dell'ACN,

D) Domiciliarità

UCP garantisce con proprio personale l'organizzazione e l'espletamento dell'assistenza infermieristica nelle cure domiciliari secondo quanto previsto dall'ACN vigente e dall'accordo regionale.

E) Ampliamento delle ore di erogazione di servizio

Le UCP possono, in maniera facoltativa, inserire nel proprio progetto assistenziale un aumento delle ore di erogazione dei servizi in aggiunta a quelle previste dal precedente art. 1 e sino ad un massimo di 12 ore.

Art. 6 Requisiti organizzativi

Sede legale e organizzativa dei servizi erogati dalla UCP, come previsto dal precedente art 2; collaboratore di studio. infermiere. concentratore di dati

Art. 7

Il CPR definisce l'elenco delle prestazioni di particolare impegno professionali riferite ai PDT elaborate dalle UCP e retribuite a prestazione ed il relativo compenso.

Art. 8 Compenso

Ai medici che svolgono la loro attività in forma di UCP, per i compiti previsti dal precedente art. 5 lettera A (punti 1 e 2), lettera B, lettera C e lettera D, sarà corrisposto un compenso pari a €. ...assistito/anno, erogati in compensi mensili. Ai medici che erogano i servizi di cui al punto E del precedente art. 5, è dovuto un compenso aggiuntivo di €. .../assistito/anno per ogni ora di incremento giornaliero, erogati in compensi mensili.

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

che quelle strumentali previste dal nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. Nel caso in cui tra i medici associati non vi sia uno specialista che si faccia carico della refertazione, si potrà ricorrere al teleconsulto;

g) predisposizione di una linea guida condivisa tra i medici dell'associazione per la prescrizione di indagini diagnostiche, visite specialistiche e farmaci. A tale proposito, l'Azienda valuta la

ricaduta in termini di riduzione della spesa storica o rispetto dei limiti previsti dalla programmazione regionale, facendo riferimento al rapporto tra spesa territoriale pesata ed ospedalizzazione. Fermo restando la garanzia del giusto percorso di cura, tale attività si configura quale processo per il miglioramento dell'appropriatezza.

Compensazione: all'UCT viene riconosciuta una quota pari a 3,5 euro per assistito per lo svolgimento dei compiti previsti e la strutturazione del modello organizzativo. Le prestazioni specialistiche di cui alla lettera f) vengono retribuite con le tariffe del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ridotte del 30%, quota corrispondente ai costi di gestione aziendale. Il costo del teleconsulto rimane a carico dell'associazione.

La sperimentazione delle UCT, sia strutturali che funzionali, deve essere deliberata dall'Azienda territoriale e sottoposta a validazione da parte del Comitato regionale.

Le attività definite nell'ambito della suddetta sperimentazione devono prevedere il monitoraggio di indicatori preventivamente fissati, attraverso relazioni trimestrali e/o semestrali.

Il budget assegnato alla UCT, sulla base della quota massima di 5,5 euro per assistito, deve essere graduato in relazione agli obiettivi assegnati ed ai risultati raggiunti.

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

Art. 9 Indennità per la gestione del personale delle UCP

E' corrisposta a ciascun medico componente la UCP una indennità pari aEuro mensili, in riferimento al contratto di assunzione sottoscritto, per ora di assunzione giornaliera di un collaboratore di studio (pari a 5 ore settimanali) e ... euro mensili, in riferimento al contratto di assunzione sottoscritto, per ora di assunzione giornaliera di un infermiere (pari a 5 ore settimanali) per i costi relativi all'assunzione del personale di studio e del personale infermieristico, ivi compresi i costi per la gestione dei contratti di lavoro, i consulenti e le assicurazioni per danni verso terzi.

Il compenso erogato non può superare né può essere inferiore alla somma delle spese sostenute dal medico, così come previsto dal comma precedente.

L'eventuale conguaglio avviene a fine anno a cura della ASL di appartenenza previa consegna della documentazione.

Il CPR entro il 30 aprile di ogni anno può aggiornare la quota della indennità ai costi reali relativi agli incrementi relativi all'inflazione e agli adeguamenti contrattuali.

Informatizzazione

Il medico di medicina generale assicura nel proprio studio mediante strumenti informatici la gestione informatizzata della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali.

Tale requisito è indispensabile per lo svolgimento dell'attività della medicina di famiglia. All'atto della sottoscrizione dei nuovi rapporti convenzionali è dovuta una indennità una tantum di euro 500 da erogare con la prima competenza mensile.

L'ambulatorio del medico di medicina generale partecipa alla rete informatica regionale. Il medico titolare del rapporto convenzionale adegua i propri strumenti informatici agli standard regionali entro 90 giorni dalla definizione degli stessi.

Il medico di medicina generale assicura i flussi informativi definiti a livello nazionale e regionale.

La indennità informatica, pertanto, viene confermata nella misura forfetaria mensile di euro 15-4,9

I medici di Assistenza Primaria della Regione Puglia devono assicurare nel proprio studio mediante apparecchi e impianti informatici e garantire la gestione informatizzata della scheda sanitaria e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali, con esclusione di quelle domiciliari.

A far data dal 1 gennaio 2004 l'iscrizione negli elenchi dei medici di Assistenza Primaria comporta il possesso del computer. A tali medici è dovuta un'indennità una tantum di € 500,00 da erogare con la prima competenza mensile.

La indennità informatica di cui al punto B comma 11 dell'art. 59 dell'ACN è corrisposta nella misura forfetaria mensile di € 154,92.

Le prescrizioni effettuate a domicilio del paziente devono comunque essere redatte in maniera leggibile.

Trasmissione dati informatici

I medici di medicina generale devono trasmettere alla ASL di competenza i dati relativi alle PPIP, alle ADP, alle ADI e alle attività di vaccinazione su supporto informatico o per via elettronica, secondo modalità organizzative definite in seno al comitato aziendale. Per tale compito al medico di medicina generale è prevista una indennità onnicomprensiva di €. mensili.

Aggiornamento professionale e formazione permanente

Al fine di definire quanto previsto dal comma 15 dell'art. 20 dell'ACN, entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'accordo integrativo regionale, viene istituito un apposito tavolo tecnico Regione-OO.SS. della medicina generale per la redazione di una proposta da condividere nell'ambito del Comitato regionale.

Le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo, della Formazione Permanente, delle attività di docenza e di tutoraggio sono individuate dall'art. 20 dell'ACN, e disciplinate secondo quanto segue.

Il Comitato Regionale ex art. 24 è l'organismo regionale referente per l'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo e la Formazione Permanente dei Medici di Medicina Generale e per l'attività di Formazione in medicina generale, svolta dai Medici di Medicina Generale.

In ogni ASL viene costituita una commissione mista paritetica nominata dal comitato aziendale ex art 23, composta da almeno 4 e massimo 8 membri di cui la metà siano animatori di formazione (iscritti all'albo regionale) che operano nell'ambito aziendale. Compiti di tale commissione sono:

definire gli obiettivi generali del progetto formativo aziendale, sulla base dei criteri indicati dal comma 4 art. 20 ACN;

approvare il programma scientifico e organizzativo dei corsi su proposta degli animatori di formazione;

definire le risorse economiche necessarie alla copertura di tutti i costi relativi alla attività formativa (progettazione e realizzazione dei pacchetti formativi, materiale didattico, utilizzo di aule didattiche ed attrezzature audiovisive, compenso per gli animatori e i docenti di contenuto, ogni altro bene o servizio necessario per l'ottimale svolgimento del programma formativo);

valutare l'assolvimento dell'obbligo da parte dei MMG.

I corsi di aggiornamento e formazione devono essere svolti preferibilmente di sabato, con l'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale per consentire ai Medici di Assistenza Primaria di frequentare i corsi di che trattasi, per un tetto massimo di 40 ore annue. Al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

Ogni azienda ASL deve assicurare una attività formativa pari ad almeno il 50% del monte ore previsto dal comma precedente (20 ore). Tale attività formativa deve essere configurata secondo la tipologia del "Progetto formativo aziendale" prevista dalla commissione nazionale ECM e deve, quindi, essere accreditata

Al fine di garantire il carattere formativo dei corsi, finalizzato al miglioramento della pratica professionale dei MMG e alla integrazione tra medicina generale e medicina specialistica, i corsi devono:

- essere organizzati dalle ASL e dagli animatori di formazione secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi e della didattica interattiva e prevedere, di norma, un numero di partecipanti non superiore a 40;
- prevedere la partecipazione di almeno un animatore di formazione per ogni corso;
- utilizzare, nel ruolo di docente di contenuto, di norma operatori sanitari che svolgono la loro attività nell'ambito della ASL, preferenzialmente nello stesso distretto in cui il corso viene attivato.

Agli Animatori, iscritti regolarmente all'Albo Regionale (aggiornato a cura del CPR nei mesi di marzo e settembre di ogni anno) ed ai docenti dei corsi di formazione è corrisposto a cura dell'Azienda di appartenenza, oltre alle spese di viaggio effettivamente documentate, ad 1/5 del prezzo di un litro di benzina per KM di percorrenza per l'uso del mezzo proprio ed alle spese per le sostituzioni avvenute, un compenso pari a quanto previsto dal DM Sanità 1/2/2000, in quanto compatibile. Per quanto riguarda invece le spese inerenti alla progettazione dei pacchetti formativi, queste verranno definite in seno alla commissione paritetica aziendale di cui al precedente comma 3.

I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N.. Entro il 30 settembre di ogni anno la commissione di cui al comma 2 approva il progetto formativo aziendale e il relativo budget finanziario. La ASL entro il 31 ottobre recepisce e finanzia il piano formativo destinando per la formazione dei medici di medicina generale un fondo determinato secondo gli stessi criteri previsti per la dirigenza medica del SSN.

Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

I corsi si svolgono il sabato Le Aziende rilasciano un attestato relativo ai crediti ECM conseguiti per ogni corso frequentato.

L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

La disciplina dell'attività di formazione svolta dal medico di medicina generale nel proprio ambulatorio, durante le ore di attività disciplinate dall'ACN, è compito del comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN.

Si conviene, in applicazione del disposto dell'art. 20 dell'ACN, sull'obbligo per i Medici titolari di Continuità Assistenziale di n° 40 ore annue di aggiornamento professionale che verranno retribuiti secondo i normali compensi.

L'attività di formazione prevista dal DM 19-/10/2001 n.445 e quella pre-laurea è disciplinata da specifici accordi predisposti dal Comitato di cui all'art. 24 dell'ACN.

Assistenza Domiciliare

L'erogazione dell'assistenza domiciliare viene assicurata nel rispetto dei protocolli previsti dall'ACN.

Il compenso per ogni accesso riferito a programmi di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è fissato in euro 26,46, a fronte di quello previsto dall'ACN di euro 18,90.

Il tetto del 20% previsto per l'ADP dall'ACN viene rivalutato del 40% e conseguentemente corrisponde al 28%.

Il compenso per ogni accesso riferito ai programmi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è fissato in euro 28,92, a fronte di quello previsto dall'ACN di euro 18,90.

In ogni azienda sanitaria territoriale è istituito il fondo aziendale per l'ADI pari a euro 3,00 per residente.

ADP

L'assistenza domiciliare programmata è erogata con le modalità di cui all'allegato G dell'ACN 23/3/2005.

Il compenso di € 26,46 - di cui alla DGR 566/2004 - è aumentato del 50%:

per tutti coloro che garantiscono un numero mensile di casi pari o superiori a 10,

per tutti coloro che, avendo un numero di scelte inferiore a 600, garantiscono un numero mensile di casi pari o superiori al 50% del limite previsto dalla lettera C comma 2 art. 59 nuovo ACN (20% di tutti i compensi mensili);

In tal caso, l'aumento si applica a tutti gli accessi effettuati nel mese.

Per i medici che raggiungono l'obiettivo di cui al comma precedente, il tetto previsto dalla lettera C comma 2 art. 59 nuovo ACN, è rivalutato del 50% e conseguentemente corrisponde al 30%.

Per il calcolo del tetto di cui al punto precedente si fa riferimento all'accordo del 5 agosto 2005.

Il Medico di Medicina Generale entro il 31 gennaio di ogni anno ripropone le richieste di ADP, inviando l'elenco degli assistiti in ADP al distretto di competenza e comunicando eventuali modifiche del piano assistenziale. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'ADP è custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente.

Ai pazienti ospitati in RSA/residenza protetta si applicano le norme previste dal presente articolo.

ADI

L'assistenza domiciliare integrata è erogata con le modalità di cui all'allegato H dell'ACN 23/3/2005, e nel rispetto di quanto disciplinato dal punto 20.0 al punto 20.6 della DGR 1245/98.

Il compenso di cui al punto 20.6 della DGR 1245/98 per ogni accesso è di € 35,00. Il compenso previsto per l'attività di attivazione, compilazione della scheda SVAMA - per quanto di competenza - e coordinamento degli interventi dei pazienti in ADI è pari € 200,00.

La compilazione della scheda SVAMA nei casi previsti dalla DGR 107/05, ADI esclusa, comporta il riconoscimento al MMG di un compenso pari a € 75,00.

OBIETTIVI DI SALUTE

Nell'ambito dei programmi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza primaria si fissano due livelli di adesione: obbligatoria e volontaria. La prima riguarda compiti che, per la loro indiscussa valenza strategica rispetto a obiettivi di salute universalmente riconosciuti, devono necessariamente coinvolgere tutti i medici di famiglia, la seconda riguarda specifici progetti per i quali si intendono sperimentare approcci e modelli organizzativi da estendere successivamente in ragione dei risultati ottenuti.

Adesione obbligatoria

Partecipazione ai programmi regionali per lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, così come previsto dall'art. 45 comma 2 lettera 1) dell'ACN;

Partecipazione alla realizzazione del piano vaccini regionale;

3. Partecipazione ai programmi di screening oncologici previsti dal piano regionale di prevenzione 2005-2007, secondo quanto previsto dalla DGR del 28 giugno 2005 n. 824 c dai piani attuativi approvati dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. In particolare è compito del MMG:

- Informare la popolazione target sui programmi di screening, sulle modalità dell'accesso e sugli eventuali approfondimenti diagnostici;
- Partecipare alla pulizia delle liste fornite dall'azienda sia in fase di arruolamento che di recupero dei non rispondenti;
- Mettere a disposizione nel proprio ambulatorio il materiale informativo fornito dall'Azienda;
- Partecipare attivamente alle iniziative promosse nell'ambito dei programmi regionali;
- Firmare le lettere di invito dei propri assistiti e le risposte negative.

Programmazione e monitoraggio delle attività (art. 25 ACN)

Le aziende assicurano entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo gli strumenti strutturali e il personale per le attività previste dai comma 3, 4, 5 e 6 dell'art. 25 dell'ACN nel rispetto dell'art. 14 della Legge Regionale 25/06 e art. 21 comma 3 della LR 26/06.

Entro il 28 febbraio di ogni anno il Comitato Aziendale sulla base del monitoraggio di cui al precedente comma prende atto delle risorse utilizzate nel precedente anno per la medicina generale e definisce sulla base dei finanziamenti di cui al comma 3 dello stesso articolo 25 le indicazioni per l'utilizzo dei fondi non utilizzati nell'esercizio precedente.

Successivamente, entro il 31 marzo di ogni anno le ASL comunicano all'assessorato regionale e al CPR i risultati del monitoraggio effettuato ai sensi dell'art. 25 dell'ACN e le risorse impegnate ai sensi del comma 3 dell'art. 25 dell'ACN, così come definite dai comma precedenti.

Appropriatezza delle Cure e dell'uso delle risorse (art. 27 ACN)

Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo il CPR propone il relativo regolamento.

Vaccinoprofilassi Antinfluenzale

È compito del MMG l'effettuazione della vaccinazione antinfluenzale e le Aziende ASL hanno l'obbligo di predisporre gli strumenti in tempo utile per consentire una corretta campagna vaccinale da parte dei MMG.

A tal fine il MMG deve comunicare alla AUSL il numero dei pazienti che intende sottoporre a vaccinazione entro il 30 giugno di ogni anno. La AUSL dovrà provvedere alla consegna al medico del quantitativo previsto di vaccino entro il 15 ottobre o comunque secondo le indicazioni stabilite a livello regionale.

Il vaccino antinfluenzale è somministrato gratuitamente a tutti i soggetti a rischio con le modalità previste dalla campagna vaccinale concordate annualmente a livello regionale.

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

Il compenso per le suddette attività è quello previsto dal comma 15 dell'art. 59 B e viene calcolato facendo riferimento a tutta la popolazione assistita, fermo restando i compensi previsti per le singole prestazioni vaccinali e le risorse previste per la gestione dello screening del carcinoma del colon-retto nei soggetti a rischio moderato.

Adesione volontaria

Prevenzione del rischio cardiovascolare

La partecipazione è subordinata all'accettazione dei compiti previsti dal piano regionale della prevenzione 2005-2007 e dai piani attuativi approvati dal CCM del Ministero della Salute.

Il programma di formazione regionale per il personale che partecipa alla realizzazione del piano di prevenzione e gli obiettivi di validazione scientifica del progetto sono definiti dal Coordinamento Regionale costituito da un rappresentante dell'Assessorato, dell'AReS, dell'OER delle associazioni scientifiche di cardiologia e della medicina generale.

Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN individua le modalità organizzative e lo schema di utilizzo delle risorse che ammontano a :
euro 2.655.000

Prevenzione delle complicanze del diabete

La partecipazione è subordinata all'accettazione dei compiti previsti dal piano regionale della prevenzione 2005-2007 e dai piani attuativi approvati dal CCM del Ministero della Salute.

Il programma di formazione regionale per il personale che partecipa alla realizzazione del piano di prevenzione e gli obiettivi di validazione scientifica del progetto sono definiti dal Coordinamento Regionale costituito da un rappresentante dell'Assessorato, dell'AReS, dell'OER delle associazioni scientifiche di diabetologia e della medicina generale.

Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN individua le modalità organizzative e lo schema di utilizzo delle risorse che ammontano a :
euro 1.470.000

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

La AUSL corrisponderà al MMG il compenso previsto dalla lettera B comma 4 dell'allegato D dell'ACN per ogni singola dose di vaccino somministrato. Il pagamento avverrà mensilmente previa presentazione della lista dei vaccinati entro il giorno 10 del mese successivo sui modelli PPIP.

Il MMG dovrà consegnare una scheda riassuntiva finale sulle vaccinazioni effettuate, entro il 31 gennaio, contenente il numero dei soggetti sottoposti a vaccinazione e suddivisi per fasce di età (0-14; 15-64; 65-74; >75).

Ai medici che svolgono l'attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (medici sentinella - influ-net) è riconosciuta una indennità di € 1.032,00 per un periodo di sei mesi all'anno e secondo le modalità stabilite in seno al Comitato Permanente Regionale.

È, altresì, compito del mmg aderire ai programmi di vaccinazione che abbiano l'obiettivo di ridurre significativamente la morbilità di alcune malattie infettive o neoplastiche sostenute da agenti infettivi come lo pneumococco pneumoniarie; herpes zoster; virus epatite; papillomavirus ed altri.

Tutors

Ai Medici di Medicina Generale che svolgono attività tutoriale di cui al D.Lgs 368/99 e successive modifiche ed integrazioni, è riconosciuto un compenso forfetario aggiuntivo di € 2.066,00 per semestre e per ogni singolo tirocinante. Il compenso decorre dalla data di pubblicazione della DGR Puglia n. 1245/98 e cioè dal 15 maggio 1998.

Per i medici che svolgono attività di tutor per il tirocinio pre laurea e quello propedeutico agli esami di stato, nonché quello relativo agli infermieri pre laurea è corrisposto un compenso forfetario aggiuntivo di € 500 a mese per ogni singolo tirocinante.

Progetti di rilevanza regionale e/o aziendale

Programmi di assistenza a pazienti con pluripatologia e/o quadro clinico complesso che prevedono visite programmate in ambulatorio o a domicilio, con l'obiettivo di limitare la ospedalizzazione e l'accesso improprio al Pronto Soccorso e al Servizio 118.

I protocolli assistenziali possono prevedere il coinvolgimento dei medici specialisti e della continuità assistenziale, in una ottica di sperimentazione o implementazione delle équipes territoriali.

I progetti a cura delle Aziende sanitarie, e redatti di concerto con il Comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, tengono conto dei dati epidemiologici riferiti al proprio ambito territoriale e delle priorità che da essi ne derivano.

I progetti aziendali vengono inviati al Comitato Regionale che esprime una valutazione in ordine all'utilizzo appropriato delle risorse.

Assicurazioni e malattia

In caso di malattia o infortunio, gravidanza o puerperio, l'Azienda continua a corrispondere direttamente al medico di medicina generale (AP, CA, DMT e 118) i compensi previsti dalle norme vigenti ed è surrogata ex lege a riscuotere, in un secondo momento e nel rispetto dei limiti contrattuali, le somme liquidate al medico dall'Assicurazione e dall'Enpam.

Entro 180 le parti concordano di disciplinare quanto previsto dal comma 6 art. 60 dell'ACN.

Apertura degli studi medici

Ad ogni MMG è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.

Ogni studio medico che consente l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria deve possedere esclusivamente i requisiti previsti dall'articolo 36 dell'ACN accertati, ai sensi del comma 4 art. 35 dell'ACN, dalla AUSL di competenza, sono fatti salvi quelli già precedentemente autorizzati dalla stessa ASL di competenza alla data di pubblicazione del presente accordo. L'apertura dello studio è consentita previo rilascio da parte della AUSL della comunicazione attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni dalla richiesta del medico, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio. È compito del responsabile del distretto socio-sanitario, anche ai sensi dell'art. 61 dell'ACN, effettuare la verifica per l'idoneità dello studio medico.

Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, il MMG deve assicurare quanto previsto dal punto 5 dell'art. 36 dell'ACN di settore nell'orario di apertura dello studio principale, mentre l'orario di apertura degli altri studi medici, oltre il principale, pur stabilito autonomamente dal medico, è aggiuntivo a quello assicurato per l'apertura dello studio principale ed è definito dal mmg in ragione delle esigenze assistenziali. Nel caso di una medicina di gruppo lo studio principale è

quello in cui si opera come sede unica, gli altri studi individuali sono aggiuntivi e sono disciplinati dal presente articolo.

Nel caso di particolari esigenze assistenziali, l'orario di studio complessivo può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.

In caso di sostituzione del medico che opera in più studi, il medico sostituto deve garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura degli studi, del medico sostituto. Per il medico che opera in più studi, non è consentita la sostituzione parziale. È permessa la sostituzione occasionale, purchè resa in maniera non continuativa.

Festa Patronale

In occasione della festa patronale il medico di assistenza primaria non è tenuto a svolgere l'attività ambulatoriale. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di continuità assistenziale dalle ore 08.00 alle ore 20.00 per la durata della festa patronale.

Rappresentatività Sindacale

Con DGR la Regione Puglia, sulla base dell'accordo raggiunto con le OOSS in seno al CPR del 28/11/2005, ha disciplinata la composizione ed il funzionamento del CPR ex art. 24 e del CPA ex art. 23 dell'ACN che diventa parte integrante del presente accordo.

A ciascun componente le delegazioni delle O.O.SS., così come previsto dalla DGR, compete una indennità per seduta:

- a livello regionale: € 155,00 , oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione;
- a livello aziendale: € 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.

Tale onere è a carico dell'azienda di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata ed è soggetto alle relative trattenute fiscali ed enpam.

Tale indennità si estende a tutti gli organismi previsti dall'ACN o da Leggi Nazionali e Regionali, come gli organismi contemplati nelle leggi regionali n. 25/06 e n. 26/06, alle commissioni per l'appropriatezza o per le liste di attesa o per la prevenzione: screening, vaccinazioni, influenza aviaria, spesa farmaceutica; in cui è contemplata la partecipazione dei MMG, nonché qualsiasi commissione, ai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro aziendali o regionali in cui siano presenti mmg rappresentanti delle OOSS.

Diritto di Sciopero

Il medico di famiglia che partecipa allo sciopero ha l'obbligo, ai sensi del comma 3 art 31 dell'ACN, di effettuare:

- le visite domiciliari urgenti.
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI).
- l'assistenza domiciliare programmata ai malati terminali.

Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.

Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, effettuerà la trattenuta del 60% della giornata lavorativa. La giornata lavorativa si ottiene dividendo il totale lordo delle competenze (comprensivo di tutte le voci contrattuali) del mese in cui è stato effettuato lo sciopero per il numero dei giorni dello stesso mese.

Applicazione norma finale n. 4

Si conviene che i Medici che hanno costituito una forma associativa, possono disporre che la Usl conferisca una quota definita dai medici alla stessa forma associativa.

A tal fine i Medici, con atto sottoscritto da tutti i componenti la forma associativa, devono comunicare alla Usl le Coordinate Bancarie del Conto sul quale devono essere versate tali quote fisse, la denominazione della forma associativa, il relativo Codice Fiscale e la relativa Partita Iva nonché, per ciascun medico, l'importo della quota fissa che deve essere versato mensilmente dalla Usl.

La Usl sulle competenze di ciascun mese trattiene la quota fissa dalle competenze di ciascun medico della forma associativa e la versa, in uno con le quote fisse trattenute agli altri componenti della forma associativa, sul Conto Corrente indicato.

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

PROPOSTA FIMMG PUGLIA

La quota fissa trattenuta al medico deve essere portata in diminuzione dell'imponibile IRPEF del medico, ma non deve essere portata in detrazione dell'imponibile ENPAM ed ai fini del Fondo Assicurativo.

Le modifiche alle disposizioni impartite alla Usl potranno essere comunicate solo con atto a firma congiunta di tutti i componenti la forma associativa.

La trattenuta della quota fissa non è soggetta a verifica del superamento del 1/5 dello stipendio.

Qualora in uno o più mesi le competenze lorde residue di un medico, calcolate come differenza fra le competenze lorde e la quota fissa, siano inferiori a Euro 200,00, la Usl tratterrà al medico, e quindi verserà alla forma associativa, la sola parte delle competenze che eccede l'importo di Euro 200,00.

A richiesta di ciascun medico della forma associativa, anche con richiesta disgiunta, la Usl è tenuta a consegnare un prospetto mensile che riporta la denominazione della forma associativa, il mese e l'anno di riferimento e, per ciascun medico, il relativo codice fiscale, il cognome ed il nome, il codice regionale e l'importo trattenuto dalle sue competenze e versate alla forma associativa.

Il versamento delle quote fisse alle forme associative deve avvenire contestualmente al versamento delle competenze mensili dei medici.

La Usl deve produrre annualmente la certificazione fiscale relativa a quanto versato alla forma associativa.

Programmi di attività e livelli di spesa programmati

I livelli di spesa programmati (L.S.P.) sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato regionale permanente di cui all'art. 24 dell'ACN.

Il rispetto dei livelli di spesa programmati non deve in alcun modo comportare una mancata o insufficiente risposta alle istanze di salute da parte del cittadino. Le risorse destinate a ciascun livello assistenziale costituiscono un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione della inappropriata delle prestazioni. La formazione alla qualità ed alla appropriatezza rappresenta l'unico ed insostituibile percorso che dia, allo strumento budget etico, la possibilità di raggiungere l'obiettivo intermedio del L.S.P..

Ne consegue che nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti di budget etico per il controllo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.

A livello aziendale, nel rispetto delle linee generali individuate a livello regionale, possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei medici di medicina generale che operano in forma associata o singola.

Per l'attuazione del progetto di budget etico è requisito indispensabile il sistema di rilevamento dati che consenta ai medici aderenti di conoscere il proprio andamento prescrittivi, scorporato dalla spesa indotta e della pesatura degli assistiti per sesso, età e patologie.

Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto:

Della spesa storica corrispondente;

Dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale;

Dell'analisi delle condizioni socio-geomorfologiche del territorio;

Della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;

Di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;

Della distinzione delle spese direttamente indotte da medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;

Dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);

Di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale.

Gli obiettivi di spesa finali ed intermedi dovranno essere correlati a specifici indicatori numerici, di guisa che gli accordi aziendali dovranno tener conto della reale capacità di monitoraggio da parte del sistema informativo, anche alla luce del finanziamento dei progetti, che dovrà essere alimentato attraverso le economie realizzate, oggettivamente rilevate.

Atribuzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica che deve essere attribuita al MMG è quella derivante esclusivamente dalle proprie prescrizioni o da quelle del proprio sostituto..

Più in dettaglio:

In primo luogo vengono attribuite al MMG tutte le ricette timbrate e firmate da lui e/o dal sostituto relative ai pazienti residenti nell'ambito territoriale di scelta dell'A.U.S.L. di appartenenza.

Le ricette timbrate e firmate da altri medici diversi dal MMG, nell'ambito dei compiti previsti dalla DGR 1161/03, non sono attribuibili al MMG.

La prescrizione di farmaci ad alto costo, con note C.U.F. e registro A.S.L o erogabili con doppia via di distribuzione, verrà scorporata in sede di verifica dalla spesa imputata al singolo MMG ed opportunamente valutata.

Per la valutazione della spesa riferita ai medici in associazione si dovrà tener conto della spesa globale dell'associazione e dei pazienti in carico a ciascun medico secondo specifici accordi da definire in seno ai comitati aziendali.

A cura del Comitato ex Art. 23 vengono definite le condizioni per il riconoscimento della spesa in-dotta.

FisioKinesiTerapia

La erogazione delle prestazioni di Medicina Fisica Riabilitativa ambulatoriale deve essere assicurata nel rispetto di progetti e programmi riabilitativi individuali. Al fine di conseguire apprezzabili incrementi dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle erogazioni, l'accesso alle prestazioni di Medicina Fisica Riabilitativa deve avvenire su richiesta del mmg, del pls o dello specialista di altra branca che invia il paziente alla valutazione fisiatrica, con prescrizione sul ricettario unico regionale, utilizzando la formula semplificata di "visita specialistica fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione".

Presso il presidio specialistica pubblico o privato accreditato spetterà allo specialista fisiatra, effettuata la visita specialistica, provvedere alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo su apposito modulo ed alla prescrizione, su ricettario SSR, delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie. Il ricettario assegnato alle strutture private accreditate potrà essere utilizzato esclusivamente per la prescrizione di tali prestazioni.

In tale occasione l'assistito, dopo aver preso visione delle indicazioni cliniche - temporali dovrà sottoscrivere apposita autocertificazione che attesti il rispetto delle citate indicazioni, da custodire presso la struttura erogatrice che è, altresì, tenuta al controllo formale della stessa per i limiti previsti riferiti alle proprie competenze.

Ospedale di comunità

Le tariffe relative all'accesso del medico di medicina generale sono equiparate a quelle dell'ADI di cui al presente accordo. In caso di accesso del medico di continuità assistenziale si applicano le tariffe previste per l'accesso in ADI.

Standard qualitativi e strutturali dell'attività di medicina generale

Con successivo regolamento saranno individuate le voci e gli incentivi per migliorare lo standard strutturale dell'attività dei mmg.

Aggiornamento delle disposizioni dell'Accordo

Considerato che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo Regionale ad eventuali cambiamenti del SSSR, si assegna tale compito al Comitato regionale (art. 24) per la Medicina Generale, attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza.

Decorrenza economica dell'Accordo

Il presente Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R. della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Durata dell'Accordo Regionale

Il presente Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Prestazioni aggiuntive

Il nomenclatore di cui Allegato D dell'ACN è, ai sensi della lettera C del citato allegato, è integrato con le seguenti prestazioni aggiuntive:

Ecografia generalista (dotazione strumentario medico)	€.
Holter pressorio (dotazione strumentario medico)	€.
Esecuzione tracciato ECG e trasmissione via telematica	€.
Esecuzione tracciato ECG - metodo tradizionale	€.
Spirometria (dotazione strumentario medico)	€.
Infiltrazione intrarticolare	€.
Artrocentesi o evacuazione ematoma	€.
Applicazione bendaggio contenimento distorsioni o fratture	€.
Rimozione apparecchio gessato o bendaggio contenitivo	€.
Paracentesi	€.
Toracentesi	€.
Asportazione tappo di cerume	€.
Emotrasfusione assistenza + prove crociate	€.
Endovena urgente	€.
Intramuscolo urgente (colica renale - crisi ipertensiva ecc)	€.
Incisione ascesso	€.
Courettage escara necrotica	€.

PROPOSTA REGIONE PUGLIA

QUADRO ECONOMICO DELLE RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE

Fondo regionale ex art. 59 B dell'ACN da ripartire in quota capitarla tra le Aziende Sanitarie Territoriali:

comma 1 (euro 2,99 per cittadino)	euro 10.676.422,90
comma 2 (fondo storico regionale)	euro 5.659.932,00
comma 3 (euro 2,00 per cittadino)	euro 7.141.420,00
comma 15 (governo clinico)	euro 10.997.786,80

Risorse aggiuntive regionali

indennità informatica regionale e (spesa storica)
Euro 3.281.205,00

intesa sottoscritta a marzo 2006

miglioramento dell'organizzazione dell'ambulatorio
(implementazione delle ore di collaboratore di studio) euro 9.000.000,00

gestione diretta dell'assistenza infermieristica euro 9.000.000,00

risorse destinate allo sviluppo delle forme
associative complesse euro 9.600.000,00

risorse destinate al miglioramento degli attuali
modelli organizzativi (associazionismo) euro 4.000.000,00

progetti per gli obiettivi di salute euro 2.000.000,00

prevenzione cardiovascolare euro 2.655.000,00

prevenzione delle complicanze del diabete euro 1.470.000,00

screening del CCR euro 40.000,00

