

***ACCORDO REGIONALE
dei medici di assistenza primaria***

***IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN
DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA
CONFERENZA STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA
DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE***

13 Marzo 2006

INDICE

PREMESSA

<i>Gli elementi di contesto.....</i>	PAG	4
<i>I riferimenti dispositivi.....</i>	PAG	5
<i>La cornice degli atti di sostegno.....</i>	PAG	8
<i>Gli obiettivi strategici e gli strumenti.....</i>	PAG	9
<i>Gli atti integranti l'accordo regionale</i>	PAG	9
<i>I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI DELL'ACCORDO</i>	PAG	11
<i>A. DECORRENZA ECONOMICA DELL'ACCORDO.....</i>	PAG	12
<i>B. DURATA DELL'ACCORDO.....</i>	PAG	12
<i>C. FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.....</i>	PAG	13
<i>Sul monitoraggio e verifica forme associative.....</i>	PAG	20
<i>C1 scheda verifica medicina in associazione.....</i>	PAG	22
<i>C2 scheda verifica medicina in rete.....</i>	PAG	25
<i>C3 scheda verifica medicina in associazione complessa.....</i>	PAG	28
<i>C4 scheda verifica medicina di gruppo.....</i>	PAG	31
<i>C5 scheda verifica cooperativa medica</i>	PAG	34
<i>D. OBIETTIVI DI SALUTE.....</i>	PAG	36
<i>D1 vaccinazioni.....</i>	PAG	37
<i>D2 prevenzione oncologica.....</i>	PAG	40
<i>D3 ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolare....</i>	PAG	40
<i>D4 valutazione rischio cardiovascolare.....</i>	PAG	40
<i>D5 diabete mellito tipo II.....</i>	PAG	41
<i>D6 BPCO.....</i>	PAG	41
<i>D7 ipertensione arteriosa.....</i>	PAG	41
<i>D8 prevenzione fratture soggetti a rischio.....</i>	PAG	41
<i>E. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.....</i>	PAG	42
<i>F. VERIFICHE AZIENDALI.....</i>	PAG	43
<i>G. TUTELA SOGGETTI FRAGILI.....</i>	PAG	43
<i>H. REGOLAMENTO RAPPORTI ECONOMICI SOSTITUTI.....</i>	PAG	43
<i>I. ZONE DISAGIATE.....</i>	PAG	43
<i>L. COMPENSI PER SOSTITUZIONI SINDACALI.....</i>	PAG	43
<i>M. COMPENSI PER I REFERENTI EQUIPE TERRIT.....</i>	PAG	44

N. FONDO ART. 46	PAG 44
O. FONDO PER SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITA’ FINALIZZATI AL GOVERNO CLINICO	PAG 45
P. FORMAZIONE.....	PAG 46
Q. TURISTICA.....	PAG 47
NORMA FINALE 1.....	PAG 48
DICHIARAZIONI A VERBALE DA 1 A 10.....	PAG 48

PREMESSA

“una scelta strategica compatibile con l’Accordo Collettivo Nazionale, la Legge Regionale 40/2005 e il Piano Sanitario Regionale 2005-2007”

1. GLI ELEMENTI DI CONTESTO

L’ accordo regionale con la medicina generale intende oggi coniugare vari elementi che compongono un quadro estremamente complesso:

A LIVELLO SOVRAREGIONALE

- Gli obiettivi prioritari del piano Sanitario Nazionale 2003-2005
- L’atto d’intesa stato-regioni del 24 luglio 2003 (che ha individuato come priorità 2 “le cure primarie”)
- Il ruolo più ampio delle Regioni in ambito sanitario, derivante dalla modifica del titolo V della Costituzione che individua la “tutela della salute” come materia di legislazione concorrente, che ha trovato la sua naturale connotazione in Accordi Collettivi Nazionali fortemente “federalisti”;
- L’atto d’intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 sulla spesa sanitaria, in particolare l’art.7

A LIVELLO REGIONALE

- Le scelte regionali già presenti e la forte valorizzazione delle iniziative locali, che hanno da sempre rappresentato per la Regione Toscana un contributo positivo;
- La contemporanea e non contraddittoria esigenza di individuare comunque istituti o modalità comuni, che offrano garanzie e assistenziali per l’utenza e di attività per i medici convenzionati;
- Il diverso ruolo della medicina generale, strettamente collegato con la responsabilità di orientamento della domanda e ormai indirizzato verso condivisioni strategiche del sistema sanitario regionale;
- L’ottimizzazione delle risorse disponibili nel sistema;
- Le criticità del sistema e l’esigenza di reingegnerizzazione e riprogettazione del modo di rispondere ai fabbisogni di salute a livello territoriale
- Il modello organizzativo disegnato dalla Legge Regionale 40/2005;
- Gli obiettivi del Piano sanitario regionale 2005-2007

2. I RIFERIMENTI DISPOSITIVI

- **La Legge Regionale 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale”**

La legge regionale 40/2005 riafferma, fra i suoi principi, il concetto di “percorso assistenziale” e quello di “responsabilità” dei medici di medicina generale verso gli assistiti dell’attivazione del percorso stesso. In contemporanea attribuisce alle Aziende il compito della definizione di procedure per assicurare l’appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale, garantendo in particolare il coinvolgimento della medicina generale ma, più in generale, l’integrazione all’interno del territorio e fra il territorio e l’ospedale.

Quindi il sistema sanitario regionale afferma e garantisce la presa in carico del bisogno sanitario e individua il percorso assistenziale come riconoscimento di un diritto soggettivo all’assistenza sanitaria. Attraverso la medicina convenzionata il percorso assistenziale da affermazione di un diritto si traduce in percorso organizzato e diventa configurazione della espressione di un governo clinico allocato all’interno della cornice definita, per il medico convenzionato, dalla convenzione nazionale di riferimento.

Il governo clinico è una politica sanitaria che richiede una assistenza integrata e multidisciplinare centrata sul paziente e sull’insieme del suo percorso assistenziale, sull’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni, sulla responsabilizzazione del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza.

Le condizioni di attuazione di una tale politica sanitaria sono influenzate in maniera rilevante dal riuscire a rendere protagonisti e responsabili i professionisti anche della definizione delle strategie e della disponibilità delle risorse attraverso un processo di condivisione che parta dal basso e che non preveda modelli predefiniti.

La previsione, nella Legge Regionale, della presenza dei medici convenzionati nel Consiglio dei sanitari delle aziende usl, delle Aziende ospedaliere-universitarie, nel Collegio di direzione delle aziende sanitarie e nel Collegio di direzione di area vasta, nonché negli organismi settoriali di area vasta, codifica canali di ingresso nel governo clinico a livello aziendale e di area vasta.

La tradizionale presenza della medicina convenzionata a livello di zona-distretto, base del sistema di relazione e di attività, si deve sposare con la sperimentazione delle società della salute, sia in termini partecipativi decisionali che di attività.

La legge formalizza in maniera chiara l’attivazione da parte delle aziende di forme innovative di organizzazione dei servizi sanitari territoriali di zona distretto che prevedano la sperimentazione di “unità di cure primarie”, da realizzarsi attraverso accordi convenzionali.

Quindi attenzione speciale per il territorio, e per il governo clinico del territorio, con modalità comunque garantiste di riferimento.

- **Il Piano sanitario regionale 2005-2007, approvato con Del. Consiglio Regionale n. 22 del 16 febbraio 2005**

Il PSR 2005-2007 è il piano di riconferma delle grandi strategie, è un piano per la salute, per la definizione di risposte trasversali, che si pone tre grandi obiettivi:

- Il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti deboli
- La soddisfazione e la partecipazione del cittadino
- L'efficienza e la sostenibilità del sistema

Il Sistema Sanitario Toscano mette fra i propri valori la centralità del territorio, individua come elemento portante dell'organizzazione il percorso assistenziale.

Ha come obiettivi strategici:

- Gli obiettivi di salute
- I progetti speciali di interesse regionale
- La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali
- L'appropriatezza
- L'efficienza

“I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, quando possibile in forma associata, divengono attori della gestione dei servizi di base, provvedendo ad un reale governo della domanda in favore dell'appropriatezza”

Ma solo con un coordinamento importante ed una condivisione da parte di tutti i medici convenzionati il SST potrà raggiungere gli obiettivi che si è posto.

I progetti speciali di interesse regionale riguardano tutto il sistema dei rapporti a convenzione, fornendo ancora una volta la lettura toscana dell'integrazione professionale ed organizzativa attraverso la declinazione del modello sperimentale delle “cure primarie”, legittimato dalla Legge Regionale 40/2005.

Il Piano affida l'attività di governo della domanda ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali, ed agli operatori sanitari territoriali orientati ad un comportamento comune, anche con il supporto di nuove modalità organizzative del territorio.

Ancora il Piano conferma l'impegno a promuovere forme di attività comune ed integrata fra i medici convenzionati e gli operatori territoriali aziendali, a livello di zona distretto, nonché forme di responsabilizzazione e partecipazione degli stessi medici alle strategie aziendali.

La collaborazione in atto, anche a livello regionale, che ha visto e vede i medici convenzionati attori importanti delle scelte dirette ad un effettivo “governo clinico” del territorio, conferma l'obiettivo di un coinvolgimento e di una condivisione sempre più stretta sulle direttrici future di governo dell'assistenza territoriale.

Con estrema coerenza con la legge regionale 40/2005 il PSR assume come fondamento del sistema di relazioni fra il SSN ed i vari professionisti che svolgono ruoli differenziati nel sistema ma che afferiscono all'area della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale la specifica convenzione, conforme agli accordi collettivi nazionali.

- **Atto d'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005**
- **Art:7 “Meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”**

Con riferimento a quanto disposto dall'art.1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n.311, le Regioni adottano, entro il 30 settembre 2005, uno specifico provvedimento, con il quale vengono aggiornate le modalità che disciplinano i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Tali modalità definiscono i rapporti tra l'ospedale e il territorio, prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra le cure primarie e le cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

- **Art. 275 Legge Finanziaria 266 del 2005**

In applicazione del combinato disposto dall'art.59, parte B, Quota Variabile, punto 11 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, recepito con Atto d'Intesa in data 23 marzo 2005, e dall'art.275 della Legge Finanziaria 266/2005, le Aziende Sanitarie subordinano l'erogazione della indennità di collaborazione informatica, per ogni medico di medicina generale, al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni.

Le modalità di riscontro, coerenti con le determinazioni assunte dalla Regione Toscana in termini di acquisizione dati e verifiche prescrittive, saranno oggetto di una specifica intesa fra le parti.

3. LA CORNICE DEGLI ATTI DI SOSTEGNO

1. Delibera della Giunta regionale n. 686 del 26.6.2001 “Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del DPR 270/2000”, per quanto rinviato dal presente Accordo;
2. Delibera della Giunta Regionale n. 1204 del 17.11.2003 “Sperimentazione di un modello di Unità di cure primarie in Toscana”;
3. la Delibera Consiglio Regionale n. 155 del 24.9.2003 che costituisce l’atto di indirizzo regionale per l’avvio della sperimentazione e che, fra l’altro, ha previsto l’affidamento alle Società della salute del governo dell’offerta di servizi sanitari territoriali direttamente gestiti nella zona-distretto da comuni e Azienda unità sanitaria locale e, fra le competenze dell’Organo di Governo, prevede il compito di deliberare in materia di convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali;
4. le Delibere della G.R. nn. 269 del 22.3.2004 e n. 1339 del 20.12.2004 che avviano la sperimentazione delle società della salute in 19 zone socio sanitarie;
5. Delibera della Giunta Regionale n. 569 del 23.5.2005 che recepisce, fra l’altro, le indicazioni applicative dell’articolato di cui all’Accordo collettivo nazionale;
6. Delibera 597 del 30.5.2005 con cui sono approvate le “Direttive per l’erogazione dell’assistenza programmata di medicina generale a soggetti ospiti in residenze sanitarie assistite e in residenze assistite”;
7. Delibera della Giunta Regionale n. 653 del 20.6.2005 con la quale si è provveduto alla costituzione del comitato regionale di cui all’art. 24 del succitato accordo collettivo nazionale;
8. Delibera n. 996 del 10.10.2005 avente per oggetto il “Piano di vaccinazione antinfluenzale”;
9. Delibera n. 1038 del 24.10. 2005 che recepisce il Protocollo d’Intesa tra la Regione Toscana, le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta , specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti;
10. Delibera della Giunta Regionale n. 1015 del 17.10.2005 che ha recepito il documento di condivisione di principi fondamentali sul ruolo del Medico di Medicina Generale e sulla sua collocazione all’interno del SSR, con particolare riferimento al “governo clinico”, all’appropriatezza delle cure delle cure e dell’uso delle risorse, alla strategia di sviluppo delle forme organizzate e agli obiettivi di salute e il documento specifico sull’articolato dell’accordo collettivo nazionale relativo alle parti cedevoli o comunque di rinvio agli accordi regionali; Delibera della Giunta regionale n. 686 del 26.6.2001 “Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del DPR 270/2000”, per quanto rinviato dal presente Accordo;
11. Delibera n. 1199 del 12.12.2005 che approva la sperimentazione di un modello organizzativo territoriale di Adi con particolare riferimento alla validazione sperimentale di un nuovo strumento di valutazione delle condizioni di bisogno;
12. Delibera G.R. n.1179 del 5.12.2005 “Ripartizione ed assegnazione alle Aziende UU.SS.LL del fondo per lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali”;
13. Decreto del Direttore Generale del Diritto alla Salute in corso di certificazione con cui sarà costituita la Commissione Regionale paritetica, denominata Collegio Arbitrale, già prevista dall’art.30 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

4.GLI OBIETTIVI STRATEGICI E GLI STRUMENTI

Il quadro dispositivo e di contesto illustrato, coniugato con gli atti assunti formalmente all'interno della Giunta Regionale, consente di delineare in maniera sintetica gli obiettivi sostanziali che questo accordo con i medici di assistenza primaria intende porsi e gli strumenti da utilizzare al fine del raggiungimento degli obiettivi in questione.

L'accordo, preso atto del ruolo fiduciario esistente fra il medico di assistenza primaria ed il paziente, vuole credere e quindi rivolgersi ai medici di una "nuova visione territoriale", che sono messi nelle condizioni di correlare la loro attività clinica con quella più propriamente organizzativa di un sistema sanitario toscano che ritiene di annoverarli fra gli attori principali dei processi di cura e di condividere quindi con gli stessi logiche strategiche nelle quali "riconoscersi".

Uno strumento conseguente a questa determinazione è la previsione a livello regionale ed aziendale di adeguate opportunità – sistema di relazioni - per la traduzione degli apporti dei medici di assistenza primaria in canali strutturati di partecipazione e condivisione.

Altro elemento fondante e trasversale la condivisione con l'assistenza primaria di un modello organizzativo sempre più rivolto allo sviluppo delle forme associative, definite e regolate, che possano costituire modello evolutivo tendenziale nei confronti della scelta, presente a livello legislativo, delle unità di cure primarie, nonché configurazione, comunque, di un approccio assistenziale continuo ed integrato.

In tale logica, l'accordo punta alla reale corrispondenza delle forme associative alle loro caratteristiche di appartenenza, ed alla conseguente attività aziendale di verifica, affinché l'investimento, sia di mantenimento che di sviluppo, sia realisticamente compatibile con un quadro di sostenibilità finanziaria.

5. GLI ATTI REGIONALI, PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE ACCORDO

Costituiscono strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi strategici prefissati e , in quanto tali, parte integrante del presente accordo i sottoelencati atti:

- q La delibera della Giunta Regionale n. 1015 del 17.10.05 che recepisce "il Preaccordo con i medici di assistenza primaria";
- q La delibera, in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale, che recepisce l'Accordo regionale sottoscritto a modifica della Deliberazione G.R n.1204 del 17 novembre 2003 "Sperimentazione di un modello di Unità di Cure Primarie in Toscana";
- q La delibera n. 1038/2005 che recepisce il "protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta, degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti". In tale protocollo viene proposta l'attuazione di un processo organizzato tra i professionisti convenzionati e dipendenti, con l'obiettivo di assicurare ai cittadini un percorso di cura assistito ed integrato che garantisca la continuità di cura sia nell'ambito dei percorsi assistenziali formalizzati da specifici atti regionali ed aziendali che al di fuori degli stessi.

- q L'atto in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale in applicazione di quanto previsto dal preaccordo della Medicina generale in termini di Governo clinico, con estensione a tutti i medici convenzionati.

- q Gli atti necessari all'attivazione dei processi necessari all'implementazione della costruzione di una adeguata rete informatica che colleghi la maggior parte dei medici convenzionati fra di sé, nonché con il sistema aziendale. La definizione, ancora in corso, dei criteri cui attenersi per la costruzione di tale rete, sarà parte integrante del presente accordo

L'Assessore al Diritto alla Salute

I direttori generali componenti della delegazione:

Direttore Generale Azienda USL 1

Direttore Generale Azienda USL 3

Direttore Generale Azienda USL 4.....

Direttore Generale Azienda USL 10.....

Direttore Generale Azienda USL 11.....

I Presidenti delle Società della Salute della delegazione:

Presidente della Società della Salute
"Bassa Val di Cecina"

Presidente Società della Salute "Prato"

Presidente Società della Salute "Pisa".....

Presidente Società della Salute
"Mugello"

Le OO.SS firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:

FIMMG

Federazione Medici

Intesa Sindacale

FP-CGIL Medici

Concordano quanto segue

A - Decorrenza economica dell'Accordo

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

B - 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.

C - Forme associative dell'assistenza primaria:

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Al fine di:
 - a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
 - b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza, anche con modalità e modelli innovativi, individuati concordemente a livello di comitato aziendale;
 - c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
 - d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale in associazione, con i servizi e le attività territoriali, in coerenza con la programmazione locale, e con l'attività delle équipes territoriali nel rispetto dell'art. 26 dell'Accordo Collettivo Nazionale;
 - e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
 - f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
 - g) attuare, in coerenza con le linee guida regionali o aziendali ove esistenti, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza, anche con momenti di verifica periodica.
3. I medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.
Le forme associative oggetto del presente accordo, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi, sono distinte in:
 - A. La medicina in associazione.
 - B. La medicina in rete
 - C. La medicina in associazione complessa

- D. La medicina di gruppo.
- E. La cooperativa medica

I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dall'A.C.N, dagli accordi regionali e dagli accordi aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle cooperative quali società di servizio, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di famiglia iscritti negli elenchi dell'Azienda o dei comuni comprendenti più aziende, in cui esse operano, in particolare per quanto concerne:

- a) sedi associative, studi medici;
- b) beni strumentali;
- c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali.

Nell'ambito della strategia che la regione toscana intende percorrere, in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario 2005-2007 che prevede come massima forma organizzativa della medicina del territorio l'unità di cure primarie, è intenzione comune la costruzione di strumenti condivisi che consentano di ottimizzare le risorse disponibili.

In questa logica la forma in associazione, per la quale non si prevedono modalità di sviluppo, costituisce una soluzione ad esaurimento mentre si individua una ulteriore forma, denominata di associazione complessa, che configura, nel percorso evolutivo sopra richiamato, una fase di miglioramento qualitativo nel livello di erogazione assistenziale pur in mancanza di tutti i requisiti necessari per la costituzione della medicina di gruppo.

Quindi è auspicabile che le attuali associazioni evolvano in medicina di gruppo e, ove non possibile, in associazioni complesse, nella compatibilità della programmazione aziendale. E' anche percorribile l'ipotesi di attivazione ex novo di forme in associazione complessa. Tale tipologia si ritiene possa essere particolarmente indicata per ambiti territoriali con densità abitativa inferiore a 150 ab/km.

4. le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui al comma 3 lettere A), B), C), D) ed E) che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi, sono ispirate ai seguenti criteri generali:

- a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
- b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente accordo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c) della forma associativa possono far parte:
 - medici che svolgono l'attività di medico convenzionato per l'assistenza primaria, e che operano all'interno degli ambiti territoriali secondo quanto specificato per le singole forme associative al successivo punto 6;
 - medici della medicina dei servizi;
 - medici di continuità assistenziale;
 - medici pediatri di famiglia, la cui partecipazione dovrà essere regolamentata nell'ambito di un tavolo regionale unico medicina generale/pediatria di famiglia;
- d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
- e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto per le singole forme associative. Le forme associative

composte da soli due medici costituite ai sensi del DPR 484/96 e ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN, 23.3.2005, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo entro 12 mesi dalla sottoscrizione; ugualmente le forme associative di tre medici che dovessero trovarsi temporaneamente ridotte a due per il venir meno di un associato avranno 3 mesi per adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo. Per queste forme l'eventuale inserimento di un terzo nuovo associato avviene anche in deroga alla programmazione aziendale e al tetto aziendale di spesa per l'associazionismo ed al nuovo associato spettano gli incentivi relativi alla forma associativa cui aderisce a decorrere dal momento della adesione;

f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui alle lettere A),B),C),D);

g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa, ad eccezione della cooperativa, si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;

i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale o Regionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, partecipazione ad organismi regionali o aziendali, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fatta eccezione per le cooperative, fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36 dell'A.C.N, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5 dell'A.C.N;

k) i medici della forma associativa, fatta eccezione delle cooperative, realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa, ad eccezione della cooperativa, senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche, nella misura di almeno tre volte all'anno e delle quali dovrà essere redatto verbale, fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con

gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) implementazione e condivisione delle linee guida o di percorsi diagnostico – terapeutici condivisi a livello aziendale secondo quanto previsto al punto 2 lett.g;

r) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p) e q) con gli organismi della Zona Distretto e della Società della salute, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

s) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24 dell'A.C.N;

t) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 45 giorni, ne prende atto con provvedimento formale, dal quale deriva l'obbligo di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo, nei limiti della disponibilità economica annualmente prevista dall'Accordo quadro aziendale, per lo sviluppo delle forme associative previsto dal presente accordo, secondo l'ordine di accoglimento delle domande da parte del Comitato Aziendale.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dall'A.C.N, non possono far parte delle forme associative i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5, dell'A.C.N, fatta eccezione a quanto previsto della presenza dei medici di medicina generale negli organismi previsti per l'attuazione del governo clinico.

6. Oltre alle condizioni generali già dettagliate le forme associative sono tenute ad avere le seguenti caratteristiche aggiuntive e devono rispettare i seguenti requisiti:

6.1 - Medicina in associazione

a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti ;

b) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;

c) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

6.2 - Medicina in rete

a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;

b) il collegamento reciproco di tutti gli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

c) l' utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda quando tali prestazioni siano normate dall' Accordo aziendale;

- e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;
- f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 dell'A.C.N e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non costituirne una nuova.

6.3 - Medicina in associazione complessa

- a) la distribuzione territoriale degli studi individuali di assistenza primaria, coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti ;
- b) la presenza di una sede ambulatoriale comune della associazione, con almeno due studi di cui uno utilizzato anche per l'assistenza infermieristica, da ritenersi comunque obbligatoria. Tale sede può essere lo studio di uno degli associati o una sede ulteriore dove garantire la presenza di almeno un medico della forma associativa per un arco di almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, con chiusura non anteriore alle ore 19.00. La quota oraria di presenza di ciascun componente l'associazione presso la sede comune sarà determinata dai componenti l'associazione, in base al carico assistenziale di ogni singolo medico;
- c) il collegamento reciproco di tutti gli studi dei medici e della sede comune con sistemi informatici tali da consentire il collegamento o la presenza delle schede contenenti le informazioni relative agli assistiti di tutti i componenti l'associazione, aggiornate almeno ogni quattro mesi;
- d) l'utilizzo per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, nella sede unica;
- e) l'utilizzo, obbligatorio, presso la sede comune da parte dei componenti l'associazione, di personale di segreteria e infermieristico, che potrà essere fornito dai medici dell'associazione, o direttamente dall'azienda;
- f) l' utilizzo da parte di ogni medico e della sede comune di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda quando tali prestazioni siano previste dall' Accordo aziendale;
- g) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 dell'A.C.N e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.
- h) possibilità di garantire, nell'ambito dell' accordo aziendale, la continuità dell'assistenza anche il sabato mattina in particolare per le forme di assistenza quale l'adi, l'adp, malati oncologici ,malati a rischio di ospedalizzazione.
- i) il compenso per l'adesione alla forma in "associazione complessa è fissato in 5,00 euro per assistito in carico.

6.4 - Medicina di gruppo:

- a) la sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale di scelta, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti nella sede principale per l'istituto della medicina di gruppo, con parte maggioritaria dell'orario di ambulatorio riservata alla sede unica (art. 35 comma 14 del Preaccordo regionale) e per 7 ore di apertura al giorno dal lunedì al venerdì, con chiusura non anteriore alle 19.00, anche in coerenza ed in applicazione con quanto previsto dal precedente punto 2;

- b) anche negli ambulatori secondari dovrà essere assicurata l'assistenza sanitaria a tutti gli assistiti del gruppo;
- c) la presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
- d) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
- e) l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
- f) nell'ambulatorio principale la scheda sanitaria dovrà essere gestita con un sistema software in rete locale. Negli studi secondari il medico dovrà garantire la presenza delle cartelle cliniche informatizzate relative ai propri assistiti, aggiornate almeno quadrimestralmente.
- g) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda quando tali prestazioni siano normate dall' Accordo aziendale;
- h) numero di medici associati non superiore a 8;
- i) possibilità di garantire, nell'ambito dell' accordo aziendale, la continuità dell'assistenza anche il sabato mattina in particolare per le forme di assistenza quale l'adi, l'adp, malati oncologici, malati a rischio di ospedalizzazione.

6.5 -Cooperativa Medica

I requisiti obbligatori della cooperativa medica sono:

- essere costituite esclusivamente da medici dell'area di assistenza primaria, che svolgono la loro attività nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria;
- utilizzare un server di cooperativa in grado di concentrare ed esportare dati dalle cartelle informatizzate dei soci per fini statistiche ed assistenziali.

Le cooperative mediche inoltre, ai fini del riconoscimento economico, pari a quello della medicina di gruppo, dovranno obbligatoriamente stipulare con l'Azienda Sanitaria un contratto sui presupposti ed in coerenza con l'Accordo quadro aziendale definito nell'ambito del Comitato Aziendale ex art.23, secondo quanto previsto nel Pre-accordo, punto 2 All.1.

Tale contratto stabilirà standard organizzativi ed assistenziali dei soci della cooperativa medica aggiuntivi rispetto a quelli già individuati sia per i medici singoli che per le altre forme associative, sempre rivolti allo sviluppo e miglioramento delle potenzialità assistenziali.

A scopo esemplificativo, sono di seguito elencati alcuni dei contenuti che possono essere oggetto del contratto fra Azienda Sanitaria e Cooperativa Medica:

- la promozione della creazione all' interno della Cooperativa Medica di ulteriori forme associative secondo la seguente scala di priorità: medicina di gruppo, medicina in associazione complessa;
- la diminuzione della variabilità professionale della medicina generale che talvolta costituisce un limite alla misurazione degli outcomes della categoria attraverso l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello aziendale sulle patologie a maggiore incidenza e prevalenza;
- l'erogazione di prestazioni anche di tipo complesso o specialistico da parte dei medici della Cooperativa medica, all'interno di protocolli concordati e condivisi e secondo rigidi criteri di appropriatezza;

- la sperimentazione di innovativi modelli gestionali di patologie croniche ad alta incidenza e prevalenza anche mediante l'erogazione diretta di prestazioni aggiuntive direttamente negli ambulatori dei medici di medicina generale per aumentare la compliance degli utenti al SST;
- l'organizzazione di una formazione specifica e di percorsi di audit tesi a migliorare qualitativamente le prestazioni erogate dai soci;
- l'aumento dell'integrazione anche funzionale fra i vari professionisti del territorio e dell'ospedale.

Le cooperative mediche potranno inoltre elaborare sperimentazioni gestionali che, una volta concluse positivamente, potranno essere estese a tutta la categoria dei medici di medicina generale.

L'indennità riconosciuta per i componenti delle Cooperative Mediche decorre dalla data di stipula dell'accordo-contratto, è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati e non è cumulabile con quella delle altre forme associative.

Qualora il contratto preveda oltre a compiti ed obiettivi aggiuntivi anche compiti ricompresi in quelli della medicina generale, le aziende sanitarie remunereranno per questi direttamente i medici singoli.

Le prestazioni di tipo aggiuntivo e/o complesse erogate dai medici di medicina generale soci delle cooperative potranno essere erogate solo nei confronti degli assistiti in carico ai medici di tale forma associativa, fatto salve eventuali sperimentazioni già in essere ed autorizzate dalle aziende sanitarie.

Tale contratto, di finalità assistenziale, potrà essere sostenuto dalla fornitura, da parte della stessa Cooperativa Medica nella sua configurazione di società di servizi, ai medici di medicina generale componenti della Cooperativa stessa, per l'espletamento delle attività di cui agli accordi nazionali, regionali ed aziendali, nonché delle attività libero-professionali consentite, di:

- a. sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
- b. beni strumentali;
- c. servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- d. servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- e. servizi di verifica e revisione di qualità;
- f. ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi Regionali/aziendali.

7. Nella logica della strategia regionale di dare sviluppo alle forme associative della medicina generale tendente al raggiungimento del modello più evoluto delle unità di cure primarie, le Aziende predispongono annualmente, d'intesa con le OOSS locali, un piano di sviluppo delle forme associative sostenibile nell'ambito della compatibilità finanziaria dell'Azienda stessa.

Deve costituire impegno per i Direttori generali pervenire, dove sussistono le condizioni, ad una copertura totale di erogazione dell'assistenza sanitaria di base territoriale attraverso le forme associative.

Costituisce impegno della Regione Toscana la realizzazione dell'obiettivo sopra indicato, anche attraverso individuazione di apposite risorse finanziarie.

Ad integrazione di quanto previsto nel Preaccordo di cui alla deliberazione della giunta regionale n.1015 del 17.10.2005 l'accordo quadro aziendale e i relativi contratti stipulati con le forme associative saranno finanziati anche da quanto previsto nell'art. 8 comma 2 lettera e)

8. A tutti i medici aderenti alle forme associative in rete, in gruppo e in cooperativa, ai quali in seguito all'applicazione del Preaccordo della medicina generale sono stati erogati a decorrere dal 1.10.2005 i compensi previsti dall'art. 59 dell'Accordo collettivo nazionale, devono essere erogati i medesimi compensi a decorrere dall' 1.1.2005.

C 1-MONITORAGGIO E VERIFICA DELLE FORME ASSOCIATIVE PRESENTI SUL TERRITORIO AZIENDALE

- Monitoraggio

Ciascuna azienda USL deve inviare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute, Settore Servizi Sanitari Territoriali e Percorso Assistenziale, entro la fine di febbraio di ogni anno, entro la fine di aprile per quanto riguarda l'anno in corso, i dati relativi alle forme associative presenti sul territorio di competenza, con riferimento al comma 3, lettera C) del presente Accordo Regionale **“FORME ASSOCIATIVE DELL’ASSISTENZA PRIMARIA”**, al fine di verificare e monitorare le forme associative attuate o in attesa di attuazione, secondo quanto emerso dal censimento effettuato ordinariamente al 31 dicembre di ogni anno e al 31 marzo per l'anno in corso.

I dati di riferimento per attuare il monitoraggio sono:

SCHEDA RIASSUNTIVA

AUSL N° _____ N° residenti _____ N° assistiti _____ N° Med. Ass prim _____

DI _____

Forme associative	Attive			In lista attesa		
	N°	N° MMG	N° assistiti	N°	N° MMG	N° assistiti
Medicina in associazione						
Medicina in associazione complessa						
Medicina in rete						
Medicina di gruppo						
Totale						

Per le cooperative mediche compilare per ciascuna cooperativa

Nome Cooperativa _____ Attiva / In attesa di Accordo con l'Azienda

Tipologia Medico	N° Medici	N° Assistiti in carico
Singolo		
In associazione		
In associazione complessa		
In Rete		
In gruppo		
Totale		

Verifiche

L'erogazione delle indennità per i diversi tipi di forme associative è subordinata al rispetto delle procedure ed all'erogazione di servizi come elencati al comma 3 della lettera C) del presente accordo regionale "FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA"

Il rispetto dei parametri previsti verrà verificato entro il mese di aprile 2006 e, di seguito, ogni qual volta l'Azienda USL lo ritenga opportuno, con modalità procedurali concordate nell'ambito del Comitato aziendale, da personale dell'Azienda USL con il Medico Referente nominato per tale forma associativa. Dovranno comunque essere effettuate verifiche triennali.

I parametri da verificare per ogni singola forma associativa sono contenuti nelle griglie sotto allegate.

Qualora la verifica evidenzia il mancato rispetto dei parametri previsti nella griglia di riferimento, sarà effettuata una nuova verifica dopo 60 giorni.

Qualora anche in seguito alla seconda verifica effettuata non risultasse l'adeguamento ai requisiti obbligatori previsti, l'Azienda USL provvederà alla sospensione del pagamento degli incentivi connessi alla forma associativa e attiverà la procedura del recupero dell'incentivazione economica prevista dall'Accordo regionale a decorrere dalla data della prima verifica effettuata.

Qualora gli adempimenti previsti non fossero rispettati solo da parte di alcuni componenti della forma associativa, la sospensione dell'indennità ed il recupero riguarderà solo questi componenti.

Il medico cui è stata sospesa la corresponsione degli incentivi per le forme associative può, all'inizio di ogni anno e subordinatamente agli obiettivi della programmazione aziendale, fare domanda di ripristino degli incentivi, previa dimostrazione del possesso di tutti i requisiti previsti.

Qualora i criteri obbligatori previsti fossero rispettati solo da un numero di medici inferiore a 3, a questi saranno concessi 3 mesi di tempo per ripristinare il numero minimo di associati previsto dal presente accordo, trascorsi i quali si procederà allo scioglimento della forma associativa ed alla sospensione della indennità.

La comunicazione dell'esclusione di alcuni membri o dello scioglimento effettuato deve essere opportunamente inoltrato alla Direzione Generale del Diritto alla Salute, Settore Servizi Sanitari Territoriali e Percorso Assistenziale, a cura del Comitato Aziendale della Medicina Generale.

Di seguito le schede di verifica delle 5 forme associative possibili attivate.

Medicina in Associazione - DATI GENERALI	
N° componenti:	
<u>Data costituzione forma associativa</u>	
<u>Data decorrenza riconoscimento incentivo economico</u>	
Elenco Componenti:	
Sede rappresentativa:	
Riferimenti Medico delegato dall'Associazione con funzioni di raccordo	

Medicina in Associazione – VERIFICA		
Parametro	Rispetto SI/NO	Note
Presenza in tutte le sedi della carta dei servizi per l'utenza elaborata dal Comitato Aziendale contenente almeno i dati di cui alla Nota 1.		
I medici che fanno parte della forma associativa sono inseriti nel medesimo ambito territoriale		
I medici della forma associativa assicurano complessivamente almeno 6 ore giornaliere di attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio.		
Almeno uno degli studi resta aperto ogni giorno (dal lunedì al venerdì compresi) fino alle 19.		
Vengono effettuate fra i componenti almeno 3 riunioni annuali per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati. – Sistema di verifica: verbali incontri. (la verifica dei verbali decorre a partire dal 2007)		
Attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza. - Sistema di verifica: rispetto indicatori di processo stabiliti a livello aziendale.		
Tenuta e aggiornamento della cartella clinica individuale (art. 45 c.2 lett. B dell'ACN) da parte di tutti i componenti dell'associazione, specificando se redatta in formato informatico o cartaceo		

Viene effettuato il coordinamento della attività di assistenza domiciliare ai sensi della lett. k del presente accordo secondo la quale i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate	
---	--

Nota 1- contenuto minimo carta dei servizi per il cittadino:

IL TUO MEDICO DI FAMIGLIA FA PARTE DI UNA ASSOCIAZIONE DI MEDICI

In caso di urgente necessità se non trovi il tuo medico puoi rivolgerti ai suoi colleghi associati.

Rivolgerti a un altro medico di famiglia, associato al tuo dottore, sarà come rivolgerti al tuo medico.

Grazie all'associazionismo medico il tuo dottore o i suoi colleghi associati daranno una risposta concreta ai tuoi bisogni.

Da indicare la sede, il telefono, gli orari di ambulatorio degli altri medici in associazione.

(lista medici)...

Data verifica: _____

Esito verifica:

m Positivo

m Rivalutare entro giorni _____

Motivazione _____ della _____ necessità _____ di
rivalutazione _____

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito positivo

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito negativo in
quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentano il riconoscimento della forma
associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo
in particolare _____

Per l'Azienda
Per il Comitato Aziendale

Per l'associazione medica

Medicina in Rete - DATI GENERALI		
N° componenti:		
<u>Data costituzione forma associativa</u>		
<u>Data riconoscimento incentivo economico</u>		
Elenco Componenti:		
Sede rappresentativa:		
Riferimenti Medico delegato della Rete con funzioni di raccordo		
Software ed hardware utilizzato/i per gestione cartella clinica		
Sistema utilizzato per collegamento in rete		
Medicina in Rete – VERIFICA		
Parametro	Rispetto SI/NO	Note
Presenza in tutte le sedi della carta dei servizi per l'utenza elaborata dal Comitato Aziendale contenente almeno i dati di cui alla Nota 1.		
I medici che fanno parte della rete sono inseriti nel medesimo ambito territoriale		
I medici della forma associativa assicurano complessivamente almeno 6 ore giornaliere di attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio.		
Almeno uno degli studi resta aperto ogni giorno (dal lunedì al venerdì compresi) fino alle 19.		
Vengono effettuate almeno 3 riunioni annuali per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati. - Sistema di verifica: verbali incontri. (la verifica dei verbali decorre a partire dal 2007)		
Attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza. - Sistema di verifica: rispetto indicatori di processo stabiliti a livello aziendale.		

Rispondenza del software per la gestione della cartella clinica ai criteri e standard previsti nel pre-accordo art 45 Standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 59 Lettera B comma 11 dell'ACN.		
Compilazione delle schede da parte di tutti i componenti della rete secondo quanto previsto art. 45 comma 2 lettera B dell'ACN		
Collegamento degli studi per l'accesso alle informazioni degli assistiti o presenza in ogni studio di un data base con le cartelle contenenti le informazioni cliniche, aggiornate almeno quadrimestralmente, relative agli assistiti di tutti i componenti dell'associazione - Sistema di verifica: la scheda sanitaria di 5 pazienti affetti da patologie croniche estratti casualmente deve poter essere consultabile e modificabile da tutti i p.c. dei mmg associati		
Utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'azienda quando previsto, nei termini di cui all'accordo quadro aziendale. - Sistema di verifica: indicatore stabilito nel contratto aziendale		
Viene effettuato il coordinamento della attività di assistenza domiciliare ai sensi della lett. k del presente accordo secondo la quale i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate		

Nota 1- contenuto minimo carta dei servizi per il cittadino:

IL TUO MEDICO DI FAMIGLIA FA PARTE DI UNA ASSOCIAZIONE DI MEDICI

In caso di urgente necessità se non trovi il tuo medico puoi rivolgerti ai suoi colleghi associati.

Rivolgerti a un altro medico di famiglia, associato al tuo dottore, sarà come rivolgerti al tuo medico.

Grazie all'associazionismo medico il tuo dottore o i suoi colleghi associati daranno una risposta concreta ai tuoi bisogni.

Da indicare la sede, il telefono, gli orari di ambulatorio degli altri medici in associazione.

(lista medici)...

Data verifica: _____

Esito verifica:

m Positivo

m Rivalutare entro giorni _____

Motivazione _____ della _____ necessità _____ di
rivalutazione _____

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito positivo

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito negativo in
quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentano il riconoscimento della forma
associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo
in particolare _____

Per l'Azienda
Per il Comitato Aziendale

Per l'associazione medica

Medicina in associazione complessa - DATI GENERALI		
N° componenti:		
<u>Data costituzione forma associativa</u>		
<u>Data riconoscimento incentivo economico</u>		
Elenco Componenti:		
Sede unica dell'associazione:		
Sedi :		
Riferimenti Medico delegato dall'Associazione con funzioni di raccordo		
Software ed hardware utilizzato/i per gestione cartella clinica e per il collegamento		
Medicina in associazione complessa – VERIFICA		
Parametro	Rispetto SI/NO	Note
Presenza in tutte le sedi della carta dei servizi elaborata dal Comitato Aziendale che contenga almeno i dati contenuti in Nota 1.		
I medici che fanno parte della forma associativa sono inseriti nel medesimo ambito territoriale		
I medici della forma associativa complessa assicurano almeno 7 ore giornaliere di attività ambulatoriale nella sede unica dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio.		
Apertura della sede unica ogni giorno (dal lunedì al venerdì compresi) fino alle 19		
Vengono effettuate almeno 3 riunioni annuali per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati – Sistema di verifica: verbali incontri. (la verifica dei verbali decorre a partire dal 2007)		
Attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza. - Sistema di verifica: rispetto indicatori di processo stabiliti a livello aziendale.		

Sede unica della associazione complessa con almeno 2 studi di cui uno utilizzato anche per l'assistenza infermieristica		
Rispondenza del software gestione della cartella clinica ai criteri e standard previsti nel pre-accordo art 45 Standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 59 Lettera B comma 11 dell'ACN.		
Compilazione delle cartelle cliniche da parte di tutti i componenti della medicina in associazione complessa secondo quanto previsto art. 45 comma 2 lettera B		
Nella sede dell'associazione complessa gestione scheda sanitaria con collegamento con l'archivio clinico informatizzato o presenza di un database con le cartelle contenenti le informazioni cliniche, aggiornate almeno quadrimestralmente, relative agli assistiti di tutti i componenti dell'associazione - Sistema di verifica: <i>La scheda sanitaria di 5 pazienti con patologie croniche estratti casualmente deve poter essere consultabile e modificabile da TUTTI i PC dei MMG associati.</i>		
Presenza Personale Infermieristico		
Presenza Collaboratore di studio		
Utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'azienda quando previsto, nei termini di cui all'accordo quadro aziendale. - Sistema di verifica: <i>indicatore stabilito nel contratto aziendale</i>		
Viene effettuato il coordinamento della attività di assistenza domiciliare ai sensi della lett. k del presente accordo secondo la quale i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate		

Nota 1

IL TUO MEDICO DI FAMIGLIA FA PARTE DI UNA MEDICINA IN ASSOCIAZIONE COMPLESSA.

In caso di urgente necessità se non trovi il tuo medico puoi rivolgerti ai suoi colleghi associati. Rivolgerti a un altro medico di famiglia, associato al tuo dottore, sarà come rivolgerti al tuo medico. Grazie all'associazionismo medico il tuo dottore o i suoi colleghi associati daranno una risposta concreta ai tuoi bisogni.

Da indicare la sede, il telefono, gli orari di ambulatorio degli altri medici in associazione.(lista medici)...

Data verifica: _____

Esito verifica

m Positivo

m Rivalutare entro giorni _____

Motivazione _____ della _____ necessità _____ di
rivalutazione _____

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito positivo

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito negativo in
quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentano il riconoscimento della forma
associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo
in particolare _____

Per l'Azienda
Per il Comitato Aziendale

Per l'associazione medica

Medicina di gruppo - DATI GENERALI		
N° componenti:		
<u>Data costituzione forma associativa</u>		
<u>Data riconoscimento incentivo economico</u>		
Elenco Componenti:		
Sede unica del gruppo:		
Sedi periferiche		
Riferimenti Medico delegato dall'Associazione con funzioni di raccordo		
Software ed hardware utilizzato/i per gestione cartella clinica		
Personale Infermieristico (se presente) <i>- ore settimanali</i>		
Collaboratore di studio (se presente) <i>- ore settimanali</i>		
Medicina di gruppo – VERIFICA		
Parametro	Rispetto SI/NO	Note
Presenza in tutte le sedi della carta dei servizi elaborata dal Comitato Aziendale che almeno i dati contenuti in Nota 1		
I medici che fanno parte della forma associativa sono inseriti nel medesimo ambito territoriale		
I medici della forma associativa di gruppo assicurano almeno 7 ore giornaliere di attività ambulatoriale nella sede unica dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio. Apertura sede unica garantita fino alle ore 19.00		
Vengono effettuate almeno 3 riunioni annuali per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati. – Sistema di verifica: <i>verbali incontri.</i> (la verifica dei verbali decorre a partire dal 2007)		
Attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza. - Sistema di verifica: <i>rispetto indicatori di processo stabiliti a livello aziendale.</i>		

Sede unica del gruppo articolata in più studi dove svolgere la parte maggioritaria dell'orario di ambulatorio		
Rispondenza del software per la gestione della cartella clinica ai criteri e standard previsti nel pre-accordo art 45 Standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 59 Lettera B comma 11 dell'ACN		
Compilazione delle schede da parte di tutti i componenti del gruppo secondo quanto previsto art. 45 comma 2 lettera B dell'ACN		
Nella sede del gruppo gestione scheda sanitaria con un sistema software in rete locale, negli studi secondari il medico dovrà garantire la presenza delle cartelle cliniche informatizzate aggiornate quadrimestralmente relative ai propri pazienti. <i>-Sistema di verifica: La scheda sanitaria di 5 pazienti con patologie croniche estratti casualmente deve poter essere consultabile e modificabile da TUTTI i PC dei MMG associati nella sede unica.</i>		
Utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'azienda quando previsto, nei termini di cui all'accordo quadro aziendale. <i>-Sistema di verifica: indicatore stabilito nel contratto aziendale</i>		
Viene effettuato il coordinamento della attività di assistenza domiciliare ai sensi della lett. k del presente accordo secondo la quale i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate		

Nota 1

IL TUO MEDICO DI FAMIGLIA FA PARTE DI UNA MEDICINA DI GRUPPO.

In caso di urgente necessità se non trovi il tuo medico puoi rivolgerti ai suoi colleghi associati.

Rivolgerti a un altro medico di famiglia, associato al tuo dottore, sarà come rivolgerti al tuo medico.

Grazie all'associazionismo medico il tuo dottore o i suoi colleghi associati daranno una risposta concreta ai tuoi bisogni.

Da indicare la sede, il telefono, gli orari di ambulatorio degli altri medici in associazione. (lista medici)...

Data verifica: _____

Esito verifica

m Positivo

m Rivalutare entro giorni _____

Motivazione _____ della _____ necessità _____ di
rivalutazione _____

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito positivo

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito negativo in
quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentano il riconoscimento della forma
associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo
in particolare _____

Per l'Azienda
Per il Comitato Aziendale

Per l'associazione medica

Cooperativa medica - DATI GENERALI	
Nome Cooperativa	
N° componenti:	
Medici singoli	
Medici in associazione	
Medici in associazione complessa	
Medici in Rete	
Medici in gruppo	
<u>Data costituzione</u>	
<u>Contratto aziendale negli anni</u>	
Elenco Componenti: (da allegare)	
Sede legale	
Presidente	
Software utilizzato/i per gestione cartella clinica e specifiche server	
Personale Infermieristico dipendente <i>Numero e ore settimanali</i>	
Collaboratori di studio dipendenti <i>Numero e ore settimanali</i>	
Altro personale dipendente (specificare qualifica). <i>Numero e ore settimanali</i>	

Cooperativa VERIFICA		
Parametro	Rispetto SI/NO	Note
Costituita esclusivamente da medici dell'area di assistenza primaria, che svolgono la loro attività nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria		
Presenza di un server di cooperativa in grado di concentrare ed esportare dati dalle cartelle informatizzate dei soci per fini statistico epidemiologici ed assistenziali		
Standard organizzativi ed assistenziali dei soci come previsto dal contratto aziendale		

Data verifica: _____

Esito verifica

m Positivo

m Rivalutare entro giorni _____

Motivazione della necessità di rivalutazione

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito positivo

m 2° verifica effettuata in data _____ con esito negativo in quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentano il riconoscimento della forma associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo in particolare:

Per l'Azienda
Per il Comitato Aziendale

Per l'associazione medica

D – Obiettivi di salute

Struttura del compenso di cui all'art.59, lett.B, comma 15.

Il comma 15 recita.” In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati dall'art.9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.2005.”

Il pre-accordo prevede:

“1 – si accede al presente compenso solo qualora vi sia stata da parte del singolo MMG l'adesione all'accordo quadro aziendale obbligatorio ai sensi di quanto previsto nell'articolato allegato al punto relativo all'art.23, comma 4.

2 – la quota variabile di cui alla lettera b comma 15 viene erogata al fine di effettuare specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico. Si elencano gli obiettivi fra i quali, successivamente, nella stesura finale e completa dell'accordo regionale, verranno identificate le priorità: le vaccinazioni, la prevenzione oncologica, la sindrome metabolica, il diabete mellito di tipo 2, la BPCO, il rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa, l'osteoporosi.

L'accordo aziendale prevederà altresì:

- *la medicina di iniziativa intesa quale standard organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute.*

Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno tre obiettivi di salute, due dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati fra gli obiettivi prioritari regionali.

Qualora uno o più obiettivi tra i tre prioritari siano già oggetto di accordo aziendale potranno essere identificate altre priorità, sempre nell'ambito degli obiettivi sopra elencati.

- *La misurazione delle performances assistenziali – quale risultato della definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito, ciascuno con l'identificazione di standard minimi, di golden standard e di peso – per gli obiettivi di salute.*

3) il compenso di cui al punto 15, lett.B dell'art.59 viene erogato ai singoli MMG nella misura del: 20% per l'adesione e per il raggiungimento dello standard organizzativo

40% per il raggiungimento di obiettivi intermedi in sede di stesura definitiva dell'accordo regionale

40% per il totale raggiungimento degli obiettivi di salute

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti sarà redistribuita fra i medici che avranno raggiunto l'obiettivo con modalità da concordare.”

Si indicano di seguito gli obiettivi di salute individuati per l'applicazione del comma 15 della Lettera B dell'art.59 dell'ACN, fermo restando quanto già previsto nel pre-accordo.

Gli obiettivi prioritari regionali sono:

1. Vaccinazioni
2. Prevenzione oncologica
3. Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolari

Altri obiettivi regionali:

Valutazione del rischio cardiovascolare
Diabete mellito di tipo 2
BPCO
Ipertensione arteriosa
Prevenzione fratture nei soggetti a rischio

Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno tre obiettivi di salute, due dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati fra i tre obiettivi prioritari regionali.

Qualora più obiettivi tra i tre prioritari regionali siano già oggetto di accordo aziendale, dovranno essere identificate altre priorità, nell'ambito degli altri obiettivi regionali sopra elencati.

La quota attribuita per ognuno dei tre obiettivi di salute, secondo le scelte sopra delineate, è pari a 1/3 di quanto previsto dall'art.59, lett.B, punto 15 dell'ACN.

Per ciascuna quota le Aziende calcoleranno il raggiungimento dei risultati.

Per quanto attiene le quote non distribuite, le Aziende provvederanno ad assegnarle, alla fine del periodo di osservazione, a tutti i medici che avranno raggiunto gli obiettivi totali.

Per ogni obiettivo di salute regionale si esplicitano le azioni richieste al Medico di Medicina generale e i relativi indicatori, da utilizzarsi per valutare le percentuali di raggiungimento di cui al pre-accordo, che si baseranno sugli elenchi degli assistiti forniti dalle Aziende ai sensi dell'art.44, punto 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale, anche su supporto informatico leggibile anche con programmi free-ware, eventualmente forniti dall'Azienda sanitaria, e sul corrispondente rinvio da parte dei medici di medicina generale.

D- 1 -VACCINAZIONI

Il Medico di medicina generale:

- Verifica che siano state effettuate, per ogni nuovo assistito entro i 18 anni, e comunque per tutti al compimento dei 18 anni, le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate del calendario vaccinale regionale, che sarà trasmesso ad ogni medico a cura dell'Azienda.
- Controlla in tutte le donne 18enni l'avvenuta vaccinazione antirosolia .
- Controlla per tutti gli assistiti in carico al 60° anno l'avvenuta vaccinazione antitetanica.
- Comunica al distretto i nominativi dei soggetti che risultano non vaccinati, per le vaccinazioni sopra elencate, secondo il modello allegato.
- Effettua attività di counseling nelle vaccinazioni di cui sopra

misurabilità:

valutazione del 70% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo totale

valutazione del 40% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo parziale

**D 1 -Obiettivi di salute: modello per la verifica delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
secondo il calendario vaccinale della Regione Toscana**

Assistiti che compiono 18 anni nell'anno 20/ _/ _/

Dott. _____ **Codice regionale** _____

N.B. per ciascuna cella è possibile inserire anche più date in caso di vaccinazioni con più dosi (DTP, IPV, OPV...)

Assistito/a			Vaccinazioni (inserire la data per ciascuna vaccinazione effettuata)					
Cognome	Nome	Data nascita	DT/ DTP	IPV/ OPV	Epat B	Morb.	Ros.	Var.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

N° totale assistiti in carico che compiono 18 anni nell'anno 20/ _/ _/= _____

N° assistiti controllati _____

Legenda vaccinazioni:

DTP: antidifterico-tetanico-pertossica

IPV : antipoliomielitica iniettabile (inattivato Salk)

OPV : antipoliomielitica (orale Sabin)

HB: antiepatite B

Morb: antimorbillo (in caso di vaccinazione MPR = morbillo, rosolia e parotite inserire la dizione MPR insieme alla data)

Ros. antirosolia

Var: antivaricella (inserire la data di vaccinazione oppure l'avvenuta malattia)

N.B. è possibile fornire gli stessi dati mediante stampa dal data base del MMG

Data

Timbro e Firma

D 2 Obiettivi di salute: modello per la verifica della vaccinazione ANTITETANICA

Assistiti che compiono 60 anni nell'anno 20/ _/ _/

Dott. _____ Codice _____ regionale

N.B. inserire nella cella ciclo base le tre date base nelle celle successive le date dei richiami

Assistito/a			Vaccinazioni TETANO (inserire la data per ciascuna vaccinazione effettuata)						
Cognome	Nome	Data nascita		richiamo	richiamo	richiamo	richiamo	richiamo	richiamo
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Data _____

Firma e timbro _____

D 2 - PREVENZIONE ONCOLOGICA

Rispetto agli screenings del tumore del colon retto, tumore della cervice uterina e del tumore della mammella, il MMG :

- effettua una pulitura degli elenchi forniti dall'Azienda (rispetto agli eligibili allo screening) e riconsegna gli elenchi dei nominativi da sottoporre a prevenzione
- effettua opera di counselling ai non responders su elenchi forniti dall'Azienda

Per lo screening del colon retto distribuisce il test se previsto da accordi aziendali.

Per gli screenings della cervice uterina e della mammella comunica al distretto i nominativi delle pazienti a lui note che hanno effettuato i test autonomamente.

Sollecita l'esecuzione dello screening ai pazienti non responders al primo invito.

Condizione necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo totale sarà per i medici di medicina generale con bassa compliance (sotto la media aziendale) un incremento statisticamente significativo dei soggetti sottoposti a screening.

Misurabilità:

obiettivo parziale: consegna almeno di un elenco ripulito

obiettivo totale: restituzione degli elenchi ripuliti di tutti gli screenings effettuati a livello aziendale

D3 - RICERCA SOGGETTI AFFETTI DA PIÙ FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il MMG:

- compila all'inizio dell'anno un Registro dei pazienti affetti da sindrome metabolica secondo la definizione ATPIII nella fascia di età 40-60
- effettua un counseling sulla modifica di stili di vita

Misurabilità:

obiettivo parziale: 40% dei soggetti a cui ha effettuato il counseling

obiettivo totale: 70% dei soggetti a cui ha effettuato il counseling

D 4 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il MMG valuta il rischio cardiovascolare dei pazienti in fascia di età 40-60 utilizzando la carta del rischio dell'ISS e/o l'applicativo cuore.exe.

Misurabilità:

valutazione del 70% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo totale

valutazione del 40% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo parziale

La Regione Toscana sta predisponendo una propria carta del rischio cardiovascolare, costruita sulla popolazione residente, che sarà oggetto di un progetto sperimentale di fattibilità in collaborazione con la medicina generale. Il progetto in questione sarà definito con uno specifico accordo ed in caso di conclusione positiva ne sarà valutata l'adozione a livello regionale.

D 5 - DIABETE MELLITO DI TIPO II

Il MMG :

- Compila il Registro di patologia dei pazienti diabetici in carico
- Calcola il BMI per ogni paziente diabetico
- Fornisce il numero dei pazienti affetti da diabete con BMI sup a 25 in trattamento con Metformina

Misurabilità:

obiettivo parziale: 40% di pazienti diabetici ai quali è stato calcolato il BMI

obiettivo totale: 70% di pazienti diabetici ai quali è stato calcolato il BMI

D 6 - BPCO

Il MMG:

- Compila il Registro di patologia dei soggetti affetti da BPCO
- Individua fra questi i pazienti fumatori e li invita a smettere di fumare
- Verifica l'avvenuta vaccinazione antinfluenzale ed eventualmente antipneumococcica secondo accordi aziendali

Misurabilità

obiettivo parziale: 40% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo

obiettivo totale: 70% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo

D 7 - IPERTENSIONE ARTERIOSA

Il Medico di medicina generale:

- Compila il Registro di patologia per l'ipertensione
- Individua i soggetti fumatori ipertesi ed effettua interventi brevi per smettere di fumare
- Fornisce all'azienda il numero dei pazienti ipertesi non complicati trattati in monoterapia con diuretici tiazidici o associati con risparmiatori di potassio

Misurabilità

Obiettivo parziale: 40% di pazienti ai quali è stato effettuato un intervento breve per smettere di fumare

Obiettivo totale: 70% di pazienti ai quali è stato effettuato un intervento breve per smettere di fumare

D 8 - PREVENZIONE FRATTURE SOGGETTI A RISCHIO

Il Medico di medicina generale:

- Compila il Registro delle donne in post menopausa, fino a 65 anni di età, a rischio di fratture di femore e vertebrali, mediante la ricerca di fattori di rischio.
- Effettua opera di counselling sulla modifica degli stili di vita per la prevenzione delle fratture ed adesione ad eventuali campagne della Regione sulla somministrazione della vit.D

Misurabilità

obiettivo parziale: 40% di donne indagate sul numero totale delle donne comprese nella fascia di età 50-65 e quelle in menopausa prima dei 50 anni

obiettivo totale: 70% di donne indagate sul numero totale delle donne comprese nella fascia di età 50-65 e quelle in menopausa prima dei 50 anni

Modalità erogazione 3,08 di cui al punto 15, lett.B art.59 dell'ACN:

- A decorrere dalla stipula dell'accordo quadro aziendale ogni Azienda costituisce il corrispondente fondo annuale e, nel contempo, cessa la corresponsione generalizzata delle quote del fondo. Il fondo è costituito annualmente presso ogni asl. Il grado di raggiungimento dell'obiettivo, parziale o totale, di norma valutato su una vigenza di 12 mesi, deve essere rapportato, per il 2006, al numero di mesi di vigenza dell'accordo aziendale.
- Per quanto attiene la costituzione del fondo individuale, viene fatta una rilevazione del numero degli assistiti in carico al 28 febbraio e al 30 settembre. La media delle due rilevazioni costituisce la base di calcolo per la determinazione del fondo individuale.
- Il 20% previsto per l'adesione verrà erogato ad ogni medico all'atto dell'adesione all'accordo aziendale
- I dati previsti per i singoli obiettivi di salute saranno comunicati da ogni medico partecipante all'accordo entro il 30 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento
- L'Azienda erogherà gli incentivi previsti per il raggiungimento parziale o totale degli obiettivi entro i successivi 60 gg
- Qualora l'azienda non fosse in grado di procedere alla verifica ed alla liquidazione nei termini sopra indicati, provvederà ad erogare, ai medici aderenti all'accordo, il 70% dell'incentivo previsto per il raggiungimento dell'obiettivo totale in acconto, salvo conguaglio positivo o negativo.
- La scelta aziendale degli obiettivi di salute è valida per il triennio di vigenza dell'accordo.

E) Prestazioni aggiuntive

Le Aziende sono tenute a richiedere ad ogni MMG una dichiarazione relativa alla tipologia di Prestazioni Aggiuntive che è in condizione di eseguire fra quelle citate nell'allegato D. Quindi è obbligatoria per il MMG singolo l'erogazione di tutte quelle prestazioni aggiuntive, per le quali il medico ha dichiarato all'Azienda che il proprio studio è dotato delle necessarie attrezzature.

Sono invece obbligatorie per i medici operanti in forma associativa le Prestazioni Aggiuntive di cui ai numeri: 1.3.4.6.7.8.10 dell'Allegato "D" dell'accordo collettivo nazionale.

L'allegato "D" viene modificato inserendo le seguenti Prestazioni Aggiuntive, sulla base di protocolli operativi concordati a livello aziendale:

- Trasfusione sanguigna con assistenza del MMG.....euro 100,00
In caso di trasfusione unica ed urgente non è richiesta l'autorizzazione
In caso di ciclo di trasfusioni di sangue è richiesta l'autorizzazione.
- Infusione di albumina o farmaci particolari.....euro 15,00

Le Aziende possono, in attuazione della lettera C dell'Allegato D, nell'ambito dello sviluppo delle forme associative, prevedere l'individuazione di ulteriori prestazioni aggiuntive.

F - Verifiche aziendali sulle prestazioni di cui alla lettera C dell'art. 59

Le parti concordano che le modalità di verifiche di accertamento in merito all'appropriatezza e all'esecuzione delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D, degli accessi domiciliari di cui agli allegati G e H e degli accessi nelle residenze assistite, previsti dall'Accordo collettivo nazionale, devono essere definite nell'ambito del comitato aziendale.

G - Tutela soggetti fragili

Il medico di medicina generale che effettua la visita occasionale, ambulatoriale o domiciliare, ad un cittadino extra comunitario non in regola col permesso di soggiorno, notula la stessa all'Azienda sanitaria con le modalità previste per la notulazione delle prestazioni aggiuntive.

H - Regolamentazione rapporti economici tra medico titolare e sostituto di assistenza primaria nei casi di sostituzione volontaria di cui all'Allegato C) dell'ACN

A decorrere dal 23.3.2005, l'onorario spettante al medico sostituto è calcolato sulla base di quanto previsto dal comma 1) dell'Allegato C) nella misura dell'83% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'Art. 59 dell'ACN. Al medico sostituito viene corrisposto il restante 17%, nonché gli altri compensi mensili dovuti.

I - Zone disagiate

Si conferma quanto previsto nell'accordo regionale 2001.

Si precisa che per piccole isole si intendono quelle con una popolazione residente inferiore a 5000 abitanti.

L - Compensi per le sostituzioni sindacali dei medici che partecipano a comitati e commissioni

L'ammontare orario (riferito sia alla durata della seduta, sia al tempo di viaggio) del rimborso della spesa per la partecipazione a comitati e commissioni, anche a livello aziendale, previsti dall'accordo nazionale e da normative nazionali e regionali è di euro 25,00, oltre alle spese di viaggio corrisposte nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica amministrazione. Tale onere è a carico dell'azienda d'iscrizione del medico titolare al quale l'ammontare del rimborso è direttamente corrisposto nel cedolino mensile alla voce "rimborsi sostituzioni sindacali".

M – Compensi per i referenti d’equipe

Come disciplinato nel Preaccordo della medicina generale, per ciascuna Equipe Territoriale è nominato un Medico di medicina generale “referente” con il compito di:

1. Avere funzioni di interfaccia tra i componenti della ET, il Direttore di ZD e/o il Direttore della Società della Salute e la Direzione Aziendale;
2. Riunire periodicamente, con almeno un incontro trimestrale, l’ET per svolgere i compiti prima descritti

La nomina del Medico di Medicina generale referente, recepita con atto del Direttore Generale, avviene liberamente tra i Medici di assistenza primaria facenti parte dell’ET, di norma con meccanismo elettivo. La durata indicativa è di tre anni.

Il compenso spettante è di 1200 euro annui, erogabili con modalità posticipata ed in dodicesimi unitamente alle competenze del mese di dicembre

N - Fondo ex art. 46 ACN – Medicina generale al 1° gennaio 2005

Calcolato su una popolazione di assistiti in carico ai medici di medicina generale all’1.1.2005 di 3.168.109 (fonte flussi SMA)

Si dà attuazione agli artt. 46 e 59, lettera B - punto 1, del nuovo A.C.N. per la medicina generale reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni Rep. 2272 del 23/03/2005, istituendo, a decorrere dal 1° gennaio 2005, il “Fondo a riparto per la qualità dell’assistenza” di cui al suddetto art. 46, a carico dei bilanci delle Aziende U.U.L.L.S.S.S.S., per la retribuzione degli istituti definiti dall’art. 59 lettera B, stabilendo pertanto che il Fondo ammonta ad un importo come di seguito determinato

comma 1			2,99 euro	Assistiti a 3168109	€9.472.645,91
comma 3			2,00 euro	Assistiti a	€6.336.218,00
co m ma 2	Tetti DPR 270/2000 per:		Costo per tetti previsti nel DPR 270/2000		Incremento determinato dalle risorse aggiuntive regionali, secondo quanto previsto nel nuovo ACN, all’art. 59, lett. B, comma 2 (10974000 – 7625587)
	Associazione (2,64)	40%	Euro 3348562		
	Gruppo (4,68)	6%	Euro 890413		
	Rete (3,60)	7%	Euro 799088		
	collab.studio (2,64)	25%	Euro 2092851		
	collab. Infirm (3,12).	5%	Euro 494673		
			€7.625.587	€	€3348413
Totale fondo 1.1.2005					€15808863,91
					euro19.157.276,911

O Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli di spesa programmati

Calcolato su una popolazione di assistiti in carico ai medici di medicina generale all'1.1.2005 di 3.168.109 (fonte flussi SMA)

Questo fondo è vincolato al raggiungimento degli obiettivi di cui alla lettera "D" del presente Accordo Regionale.

<i>Quota/assistito per la costituzione del Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli di spesa programmati</i>	3,08	Assistiti a 3168109	9757775,72
---	------	------------------------	------------

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti sarà redistribuita fra i medici che avranno raggiunto l'obiettivo con modalità da concordare

P – Formazione (art. 20)

Punto 3: si precisa che l'accordo riguarda tutte e 3 le Università toscane

Punto 5:

- l'anno 2006 conclude il quinquennio sperimentale che prevedeva l'acquisizione di 150 crediti formativi; dal 2007 si va a regime con il triennio. Non viene fatta distinzione tra le tre annualità nel senso che il numero di crediti è complessivo triennale.
- si può affermare che le 40 ore di formazione obbligatoria annuale previste dall'Accordo, coprono al 100% il debito formativo annuale per i mmg e concorrono all'acquisizione dei crediti formativi tutte le attività formative previste al punto 7 dell'allegato A) alla DGR 849/2002.
- ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi concorrono, a partire dal 1 gennaio 2006 (senza effetto di retroattività) anche le attività indicate dal DD 4101/05 con le modalità e nei limiti previsti nel decreto stesso concernente "Approvazione griglia di riferimento per l'attribuzione dei crediti a docenti, animatori e tutor e approvazione criteri di esenzione degli operatori sanitari dall'acquisizione di crediti formativi"

Punto 8: i corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale, nel senso che l'insieme dei percorsi formativi offerti dal sistema sanitario regionale può coprire almeno il 70% del debito formativo annuale considerando dunque ammissibili percentuali superiori di copertura dell'offerta formativa.

Punto 12: come già disciplinato con l'accordo regionale 2001, il servizio di continuità assistenziale nella giornata del sabato dalle 8 alle 10,00 è attivato al fine di garantire la partecipazione alla formazione dei medici di assistenza primaria prevista dall'Accordo collettivo nazionale

Punto 14: le attività ivi previste sono ricomprese nel citato DD 4101/05

Punto 15: Le parti concordano che, entro 6 mesi dall'approvazione dell'accordo decentrato, con successivi atti e previa costituzione di un apposito gruppo di lavoro, saranno rivisti criteri e modalità per l'accesso agli elenchi regionali degli animatori di formazione. E' concordato, inoltre, che, oltre il compenso fissato per gli animatori, sarà prevista la corresponsione di un compenso per la preparazione dei corsi, in misura da concordare contestualmente alla revisione e previa predisposizione di criteri di valutazione delle modalità della fase di preparazione dei corsi.

Q - Assistenza ai turisti

1 – Individuazione località a forte flusso turistico

Le Aziende sono tenute ad individuare le località ad alto flusso turistico, nonché i periodi del flusso, sulla base di servizi già attivati negli anni scorsi o sulla base di nuove esigenze, comunque dimostrate.

2 – Organizzazione servizio

Le Aziende, sulla base del punto 2 e 3 dell'art.32, si organizzano attraverso l'utilizzo di medici di assistenza primaria e dei medici di continuità assistenziale nel rispetto delle rispettive fasce orarie di attivazione. Le Aziende potranno comunque valutare l'opportunità, previa intesa all'interno dei comitati aziendali, di istituire specifiche postazioni di guardia turistica, ivi comprese postazioni temporanee di soccorso, utilizzando medici sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale, anche in relazione alla consistenza della domanda assistenziale da parte dei turisti.

Le Aziende possono prevedere nell'ambito del Comitato aziendale l'estensione del servizio di assistenza turistica anche nei complessi turistici ricettivi.

3 – Retribuzione da parte dei turisti

Anche in considerazione di quanto espresso nel parere della SISAC, che stabilisce che i cittadini fruiscono gratuitamente del servizio di continuità assistenziale, fatto salvo quanto previsto dall'art.32 relativamente alle località con forte afflusso turistico indicate dalla programmazione regionale, si stabilisce che le modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti sono le seguenti:

visita ambulatoriale euro 15

visita domiciliare euro 25

atti medici ripetitivi euro 8

L'utente corrisponderà la quota direttamente al medico che ha eseguito la prestazione, dietro rilascio della ricevuta. Per quanto attiene i medici di continuità assistenziale, le Aziende consegneranno ai medici un apposito ricevutario. L'importo, versato al medico di continuità assistenziale, sarà dallo stesso versato alla Azienda con modalità da stabilire in sede locale.

L'incentivo da erogare ai medici di continuità assistenziale sarà definito nell'ambito della trattativa regionale di competenza.

Non sono previsti rimborsi agli utenti per le prestazioni effettuate.

Il cittadino straniero, comunitario e non, segue la stessa disciplina individuata per il cittadino italiano non residente.

Sono escluse dal pagamento le prestazioni di primo soccorso.

Per quanto attiene ad eventuali visite occasionali poste in essere dai pediatri di famiglia, si rinvia a quanto previsto dal corrispondente Accordo Collettivo Nazionale.

4 – Informazione all'utenza

Le Aziende sono tenute, in considerazione delle nuove modalità di erogazione del servizio, ad adottare idonee modalità di pubblicizzazione del servizio stesso.

Norma finale n. 1

Per quanto non richiamato espressamente dal presente Accordo si fa riferimento a quanto previsto dall'accordo regionale 2001, fatti salvi eventuali ulteriori e successivi accordi.

Dichiarazione a verbale n. 1

Preso atto della necessità di prevedere un prontuario unico aziendale ospedale-territorio che coinvolga tutti i professionisti del sistema sanitario, la Regione si impegna a dare seguito alle previsioni dell'art.79 punto 2 della legge regionale 40.

Dichiarazione a verbale n. 2

La Regione si impegna su richiesta delle OOSS a valutare l'opportunità di definire eventuali linee di indirizzo e comportamento alle Aziende UUSLL in merito alle Commissioni sull'Appropriatezza prescrittiva

Dichiarazione a verbale n. 3

La regione si impegna a dare indicazioni alle aziende UUSLL in merito ai contenuti obbligatori degli elenchi nominativi e variazioni mensili di cui all'art. 44 dell'ACN

Dichiarazione a verbale n. 4

La regione Toscana e le OOSS si impegnano a prevedere l'utilizzo di un medico che ha conseguito il tirocinio in medicina generale per ciascuna sperimentazione di unità di cure primarie, a supporto dell'organizzazione stessa con il conferimento di incarico a tempo determinato secondo quanto previsto per gli incarichi di attività territoriale programmata.

Dichiarazione a verbale n. 5

Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 dell'art. 25 dell'ACN può essere incrementato da finanziamenti provenienti da quanto previsto all'art. 25 comma 3 lettere c) e d).

Dichiarazione a verbale n. 6

La regione toscana e le OOSS concordano che in sede di Comitato regionale ex art. 24 saranno definite linee guida regionali per l'esame delle richieste in deroga da parte degli assistiti.

Dichiarazione a verbale n. 7

La regione toscana e le OOSS dei medici di medicina generale concordano che tutte le materie di comune interesse con la continuità assistenziale, la medicina dei servizi, l'emergenza sanitaria territoriale, la pediatria di famiglia e la specialistica ambulatoriale devono essere condivise nell'ambito di un tavolo sindacale unico.

Dichiarazione a verbale n. 8

Le parti ribadiscono quanto previsto dall'art.36, comma 1, dell'ACN

Dichiarazione a verbale n. 9

La Regione Toscana e le OOSS della medicina generale visti i livelli avanzati della formazione raggiunti in tutti i settori, compreso l'insegnamento di base pre-laurea, e le basi create per arrivare alla ricerca clinico-epidemiologica, concordano sulla necessità di rendere omogenea la formazione su tutto il territorio della regione, sia per quanto riguarda l'aspetto territoriale che di indirizzo.

Dichiarazione a verbale n. 10

La Fimmg auspica che le attività di animazione , tutoraggio e docenza possano in futuro far parte strutturale delle attività del medico di medicina generale.

Auspica, inoltre, la realizzazione, quando si saranno create le condizioni, di un centro formativo regionale per la medicina generale che, oltre agli obiettivi succitati, abbia il compito di canalizzare eventuali sponsorizzazioni per la formazione non obbligatoria della medicina generale, regolamentate da atto regionale sul modello della delibera di Giunta regionale n. 134/2005 per la formazione obbligatoria