

**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

DECRETO 6 settembre 2010.

**Accordo regionale di assistenza primaria.****L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, contenente "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al biennio economico 2006-2007, sottoscritto in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010 per la parte relativa al biennio economico 2008-2009;

Visto l'accordo regionale intervenuto in data 12 agosto 2010 tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria, ratificato in pari data dal comitato permanente regionale di medicina generale, come da verbale redatto nella predetta seduta, relativamente alla disciplina degli istituti di assistenza primaria demandati alla contrattazione decentrata;

Considerato che gli effetti economici di cui al presente accordo decorreranno dalla data di pubblicazione dello stesso nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

**Art. 1**

È reso esecutivo l'accordo regionale di assistenza primaria, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria il 12 agosto 2010 e ratificato in pari data dal comitato regionale permanente di medicina generale, come da relativo verbale, in relazione agli istituti normativi ed economici di cui al capo II - assistenza primaria - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010.

**Art. 2**

Gli effetti finanziari di cui al presente accordo regionale di assistenza primaria decorreranno dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti e troveranno capienza nelle quote attribuite alle aziende unità sanitarie provinciali con l'assegnazione di Fondo sanitario regionale.

**Art. 3**

Il presente accordo rimane valido fino al 31 dicembre 2011 e, comunque, fino alla stipula del nuovo accordo regionale per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla ragioneria centrale dell'Assessorato della salute e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 6 settembre 2010.

RUSSO

*Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della salute in data 23 settembre 2010 al n. 151.*

**Allegato****ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA***Premesse*

La Regione siciliana, nel rispetto dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ed in armonia con il dettato normativo della legge regionale n. 5/09, nell'intento di un uso appropriato delle risorse in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria territoriale, stipula, con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale, il presente accordo.

Il presente documento, delinea gli scenari attuativi generali dell'A.C.N. - Accordo collettivo nazionale 2009, e ribadisce il ruolo centrale del medico di medicina generale (M.M.G.) quale garante e gestore della salute globale del cittadino nel territorio, attraverso compiti e programmi di prevenzione, riduzione del rischio clinico, educazione sanitaria, potenziamento della gestione delle cronicità e delle cure domiciliari, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.

Le parti, quindi, condividono l'esigenza:

- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
- di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi socio-assistenziali;
- di razionalizzare la spesa farmaceutica, per quanto di competenza della medicina generale;
- di riqualificare l'assistenza domiciliare al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione;
- di promuovere il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure al fine di ridurre il rischio di incorrere in danni conseguenti al trattamento, nel rispetto delle reciproche funzioni istituzionali dei diversi attori.

Inoltre concordano sull'opportunità di promuovere:

- la formazione continua del medico, condivisa;
- la riorganizzazione e la riqualificazione delle forme associative, per un migliore accesso ai servizi da parte dell'utenza;
- alcune prestazioni aggiuntive tese ad aumentare tale accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito;
- la costituzione di forme di lavoro innovative come momento organizzativo funzionale (A.F.T.) e strutturale (U.C.C.P.) finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori del S.S.R. (medici di medicina generale, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali del distretto e dei presidi ospedalieri, operatori dei distretti e dei presidi ospedalieri, specialisti convenzionati esterni);
- l'integrazione e l'adesione al sistema informativo socio-sanitario, con modalità concordate;
- l'integrazione con il distretto.

Le parti in trattativa concordano sulla necessità di intraprendere uno sforzo comune che si basi su alcuni capisaldi fondamentali di innovazione del sistema di relazioni tra i medici di assistenza primaria e gli altri attori del S.S.R.

La sostenibilità economica del S.S.N. rappresenta un vincolo consistente per le scelte di politica sanitaria e vi è bisogno di uno sforzo comune per transitare da un periodo di profonda crisi economica e sociale, della quale il Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale (decreto 6 agosto 2007) è stata soltanto un'espressione, verso uno scenario più favorevole che consenta effettivo sviluppo del S.S.R.

L'impegno di tutte le componenti del sistema assistenziale nel periodo di vigenza di questo accordo è e deve essere quello di eliminare i costi collegati agli aspetti di minore qualità dell'assistenza (prestazioni non appropriate) nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA): è quindi diventata prioritaria l'individuazione di azioni da mettere in campo per garantire i livelli assistenziali e la qualità

di erogazione dell'assistenza su standard quanto più possibile elevati, nel rispetto della compatibilità economica e dei ruoli svolti da tutti gli attori del S.S.R.

Il nuovo A.C.N. 2009 rinforza maggiormente il concetto della centralità delle cure primarie, dell'appropriatezza e del governo clinico da intendersi come sviluppo di logiche di governance tra le componenti gestionali del sistema, che mirano all'efficienza, con le componenti tecnico-professionali, naturalmente orientate all'efficacia, e ciò per garantire salute e adeguati standard assistenziali al paziente-utente.

Esso sottolinea inoltre, a fronte dell'aumentare della complessità organizzativa e tecnologica, la necessità di sviluppare un sistema di relazioni tra diverse professionalità e diversi livelli di cura ed evidenza nella continuità dell'assistenza e nell'integrazione tra professionisti l'obiettivo operativo da realizzare a breve scadenza.

Per ridurre il ricorso inappropriato all'assistenza ospedaliera, è necessario che l'utente-paziente trovi una risposta adeguata e tempestiva ai propri bisogni nel territorio. Proprio in ragione di ciò la continuità dell'assistenza e l'adeguato potenziamento e riqualificazione dell'associazionismo diventano i capisaldi di una politica di prevenzione dell'ospedalizzazione.

L'integrazione tra professionisti e tra diversi livelli assistenziali deve giocarsi su vari piani:

- culturale, e l'affermarsi delle logiche di audit integrati per concordare strategie, azioni e protocolli comportamentali comuni ne rappresentano il caposaldo;

- organizzativo-operativo, e la gestione integrata, con percorsi assistenziali condivisi costituiscono uno strumento insostituibile in tale direzione;

- comunicativo e informativo, ed in questo campo l'uso di strumenti di comunicazione sulla gestione dei pazienti e lo sviluppo di un idoneo sistema informativo risultano essere una sfida improcrastinabile dell'immediato futuro per la Regione e per tutte le componenti assistenziali.

Potenziare le cure primarie è un interesse di tutte le componenti del sistema, dato che le logiche ospedale-centriche penalizzano in primis le stesse componenti specialistiche interne agli ospedali, che si occupano anche di casistica generale e non adeguata al potenziale specialistico ivi presente. Riqualificare le cure primarie va, quindi, di pari passo con riqualificare l'ospedale, riportandolo alla primaria funzione di gestione dell'acuzie e proiettandolo verso un maggiore sviluppo delle funzioni specialistiche.

Rinnovare il sistema delle cure primarie, infine, significa accettare una sfida di rinnovamento profondo anche degli aspetti strutturali ed organizzativi, ed in questa direzione il nuovo A.C.N. 2009 apre prospettive importanti con le nuove forme aggregative: le A.F.T. - Aggregazioni funzionali territoriali, e le U.C.C.P. - Unità complesse di cure primarie. Con tali formule, che bisognerà tempestivamente attivare anche nel nostro sistema regionale, si vuol fare emergere il concetto del M.M.G. come attore interno, con una precisa responsabilità non solo "verso" ma anche "dentro" il sistema. Lo scenario aperto in tale direzione dal nuovo A.C.N. è una sfida irrinunciabile, rappresentando un ulteriore strumento ed un'ulteriore opportunità di profonda riqualificazione delle cure primarie.

In tale contesto appare essenziale che le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione di tutte le prestazioni indotte, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali più qualificati, efficaci e rispondenti a domande inevase.

Altresì appare pre-requisito opportuno che i tutti gli operatori del S.S.R. debbano potersi "misurare" (sistemi di audit) con adeguati sistemi di reportistica e di valutazione dei risultati ottenuti mediante sistemi informativi ed informatici per poter implementare modelli condivisi di governo clinico almeno per quelle patologie a maggiore impatto e prevalenza. Tutto ciò renderà sempre più possibile la corresponsabilizzazione da parte dei singoli operatori sanitari in ogni fase del percorso assistenziale basandosi su una valutazione del loro operato in base a indicatori e standard prefissati e finalizzati alle performance raggiungibili nel territorio, determinando un circolo virtuoso che possa permettere una maggiore razionalizzazione e qualificazione delle cure offerte dal S.S.R.

Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute attraverso il Comitato regionale permanente, fermo restando che l'Assessorato, avvalendosi anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, predisporrà, per ogni singola A.S.P., indicatori di struttura, di processo e di risultato per verificare annualmente il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo.

Per facilitare l'attuazione dell'Accordo saranno attivati tavoli di approfondimento finalizzati alla definizione dei dettagli tecnici ed operativi dell'A.I.R. e degli strumenti di supporto allo sviluppo dei temi tecnico-professionali (Linee di indirizzo comportamentali con modalità attuative, procedure e strumenti di verifica), ferme restan-

do le funzioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva svolte dallo specifico osservatorio regionale, costituito secondo quanto previsto dall'art. 1 dell'A.C.R. 12 gennaio 2004, confermato dall'A.C.R. 8 agosto 2007 e dalla legge regionale n. 12/2007, art. 9, commi 13 e 15.

#### Art. 1

##### L'associazionismo

1. Le forme associative, 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 disciplinate dall'art. 54 del A.C.N., al quale si rimanda.

2. Le forme associative rappresentano un fattore determinante nella realizzazione di una qualificata continuità assistenziale sul territorio, integrandosi con i servizi e le attività territoriali ed ospedaliere, in coerenza con la programmazione locale, e con quanto in corso di attuazione nel campo della riorganizzazione delle cure primarie, con particolare riferimento alla realizzazione ed al funzionamento dei P.T.A. - Presidi territoriali di assistenza, per quanto concordato tra le parti.

3. Le forme associative contribuiscono a 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 o ad alto carico assistenziale, con l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per l'uso della diagnostica e dei farmaci, in particolare a maggiore variabilità prescrittiva ed a maggiore costo, anche con momenti di verifica periodica, e attraverso il pieno sviluppo delle forme aggregative indicate dal nuovo A.C.N. 2009, ed in particolare le aggregazioni funzionali territoriali, di cui all'art. 26 bis del suddetto accordo.

4. I M.M.G., che operano in forma associata:

a) devono operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta, entro la stessa A.S.P.; nel caso di ambito territoriale limitrofo occorrerà il parere del comitato consultivo aziendale;

b) devono impegnarsi a svolgere 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;

c) devono garantire ai propri assistiti la conoscenza della accessibilità a ciascun medico dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei servizi delle prestazioni rese, da consegnare agli assistiti secondo un modello concordato con l'A.S.P.;

d) devono dare comunicazione degli orari di studio di tutti i medici della forma associativa all'A.S.P. ed esporli in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitarli nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'A.S.P.;

e) devono soddisfare pienamente il debito informativo necessario alla pianificazione strategica dell'A.S.P. e della Regione ed alle verifiche delle performance in rapporto agli strumenti del sistema informativo che sono in atto vigenti e che verranno indicati dall'A.S.P. e/o dal livello regionale.

5. Nella prospettiva strategica dell'evoluzione qualitativa dell'associazionismo, sulla quale la Regione siciliana sta investendo specifiche risorse, la forma in associazione semplice, per la quale non si prevedono modalità di sviluppo, costituisce una soluzione ad esaurimento. E' quindi opportuno che le attuali associazioni semplici evolvano in associazioni di rete o di gruppo, nei limiti della compatibilità economica e della programmazione aziendale. L'associazionismo permane, comunque, una scelta volontaria del M.M.G., che può, pertanto scegliere di non associarsi. Anche per il M.M.G. non associato è comunque prevista la partecipazione obbligatoria all'A.F.T. - Aggregazione funzionale territoriale di appartenenza e, come indicato dall'A.C.N., tale obbligatorietà è connessa al mantenimento della convenzione.

6. 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 D.P.R. n. 484/96 e ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'A.C.N. 2009, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente accordo; 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.

I componenti che si inseriscano successivamente in una associazione precedentemente costituita saranno inclusi nella relativa graduatoria secondo la propria anzianità di partecipazione all'associazione stessa: l'indennità di associazionismo sarà loro corrisposta solo



in presenza di risorse disponibili, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 8, lettera B, punto 2.

L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri acquisiti nel caso in cui uno o più componenti, fermo restando il numero minimo previsto per ciascuna forma associativa, non ne faccia più parte.

L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri nel caso in cui aumenti il numero dei propri componenti nel rispetto del dettato dell'art. 54 dell'A.C.N. per ogni singola forma associativa.

7. 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. Tutti i medici appartenenti alla forma associativa dovranno, altresì, partecipare agli incontri ed alle attività previste in seno all'A.F.T. - Aggregazione funzionale territoriale di propria appartenenza e deve essere garantita l'implementazione e la condivisione di linee guida o di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale e in seno all'A.F.T. di appartenenza.

#### 8. Forme associative:

##### a) associazionismo semplice

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 25% (deglia assistiti) ed è una formula di associazionismo "in estinzione": non saranno pertanto ammesse a usufruire dell'indennità nuove associazioni di questo tipo. Il presente A.C.R., innalzando il "tetto" per le forme più evolute prevede la possibilità che si trasformi in rete o in gruppo una percentuale delle associazioni semplici, compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo alle singole Aziende sanitarie provinciali e secondo i criteri specificati nei commi seguenti;

##### b) associazionismo in rete

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 30%, ma l'attuale A.C.R. - compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo - prevede l'incremento fino al 40% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

Si dà priorità di accesso all'indennità, in ordine decrescente, ai seguenti soggetti:

1. ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, componenti di una associazione in rete già costituita, ma in toto "fuori budget" e ai M.M.G., regolarmente iscritti in graduatoria, "fuori budget", inseriti in una associazione in rete precedentemente costituita (i cui componenti percepiscono l'indennità);

2. ai M.M.G. che si inseriscano in una associazione in rete, composta da due soli medici, già costituita (già denominata "medicina in gruppo") ai sensi dell'accordo regionale del dicembre 1998;

3. quindi ai M.M.G. già in associazione semplice regolarmente inseriti in graduatoria;

4. infine ai M.M.G. aderenti ad associazioni di nuova costituzione (costituitesi dopo la scadenza del termine di cui al decreto n. 2793 dell'11 dicembre 2007) o M.M.G. inseriti dopo la stessa scadenza in Associazioni già costituite e inserite in graduatoria.

Nella gestione di tale priorità, all'interno di ciascuna delle categorie sopra indicate, viene prioritariamente considerata la data di costituzione della forma associativa o di inserimento del singolo M.M.G. in una associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine;

##### c) associazionismo di gruppo

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 10%, ma - compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo - si prevede l'incremento fino al 15% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

E' previsto anche l'uso della sede dell'associazionismo di gruppo per attività integrate di tipo U.T.A.P. (unità territoriali di assistenza primaria) con specialista e infermiere distrettuale per la gestione integrata di pazienti cronici (vedi più avanti).

E' prevista la trasformazione, su domanda, fino al 5% delle associazioni di gruppo in "gruppi complessi".

La forma del "gruppo complesso" deve garantire:

i) orario giornaliero articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti tale da assicurare almeno 10 ore di attività ambulatoriale diurna, nella sede di riferimento dell'associazione;

ii) l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura (diabete mellito, scompenso cardiaco e sperimentazione, per il periodo 2010-2011, dei percorsi assistenziali sul target "ipertensione arteriosa").

Le forme in gruppo complesso che aderiscono al presente progetto possono operare anche in sedi messe a disposizione dall'azienda sanitaria territorialmente competente, senza alcuna decurtazione di compenso o indennità.

Ai M.M.G. delle forme "complesse" tale riqualificazione viene retribuita con un incremento di 2,50 euro/assistito/anno.

Si dà priorità di passaggio alla associazione di gruppo ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, componenti di associazioni di gruppo già costituite ma "fuori budget" e ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, che si siano inseriti in una associazione in gruppo precedentemente costituita (i cui componenti percepiscono l'indennità); quindi ai componenti di altre associazioni già costituite che percepiscono indennità; infine ai componenti di associazioni di nuova costituzione (costituitesi dopo la scadenza del termine di cui al decreto n. 2793 dell'11 dicembre 2007) o M.M.G. inseriti dopo la stessa scadenza in associazioni già costituite e inserite in graduatoria.

Nella gestione di tale priorità, per ciascuna delle categorie sopra indicate, viene prioritariamente considerata la data di costituzione della forma associativa o di inserimento del singolo M.M.G. in una associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine.

Per la trasformazione in "gruppo complesso" verrà data priorità ai M.M.G. regolarmente iscritti in graduatoria costituenti associazioni in gruppo e secondo l'anzianità di costituzione dell'associazione. Per i M.M.G. inseriti successivamente in un'associazione in gruppo, va considerata l'anzianità di inserimento nell'associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine dei medici;

##### d) associazionismo misto

Si mantiene l'attuale tetto del 5% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

9. a) Le associazioni già costituite, che usufruiscono dell'indennità e che non subiscono trasformazioni, restano validamente costituite e conservano tutti i doveri e diritti acquisiti;

b) le domande per l'accesso all'indennità devono essere quindi presentate alle A.S.P. di appartenenza esclusivamente dai referenti delle associazioni di nuova costituzione (ivi comprese quelle che hanno proceduto alla trasformazione della forma associativa) e delle associazioni già costituite non beneficiarie dell'indennità o in cui si siano inseriti nuovi componenti.

c) la domanda per usufruire dell'indennità, corredata dall'atto costitutivo munito degli estremi di protocollo dell'ordine dei medici, deve essere presentata alle aziende entro 45 giorni dalla pubblicazione dell'A.I.R. nella *Gazzetta Ufficiale*: la graduatoria redatta dall'azienda sarà utilizzata per l'assegnazione dell'indennità, che sarà corrisposta fino al raggiungimento della percentuale prevista, compatibilmente con il budget economico assegnato alla singola azienda, privilegiando le forme più evolute; oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno (a partire dal 2011), per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo per l'assegnazione dell'indennità, in base al budget disponibile per l'azienda;

d) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo delle nuove associazioni o la comunicazione delle variazioni intervenute in seno alle associazioni già costituite, ne verifica i requisiti di validità (incluso il contratto con il fornitore della rete) 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 per le associazioni poste utilmente in graduatoria.

10. Qualora le trasformazioni o i nuovi accessi comportassero un impegno economico inferiore al budget assegnato alle le singole aziende, queste ultime potranno utilizzare i fondi residui per incrementare le percentuali delle forme associative, anche al di sopra del tetto previsto, per le forme di gruppo, miste e quindi di rete (non semplici).

#### Art. 2

##### Il governo clinico

La Regione siciliana, nel più ampio scenario degli obiettivi previsti dal piano di prevenzione nazionale, individua due ambiti prioritari di attività finalizzati al governo clinico, cui i M.M.G. devono aderire secondo modalità contrattate:

#### 1. Partecipazione alle attività di screening regionale (obiettivo già presente nel precedente accordo)

Screening tumori: carcinoma mammario; carcinoma del colon-retto; carcinoma del collo dell'utero.

Nell'ambito di tale programma, i M.M.G. sono tenuti a:

— partecipare alla sessione di formazione specifica del programma;

— attenersi ai protocolli operativi stabiliti nel programma;

— co-firmare la lettera di invito;

— fornire l'informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di incentivarne l'adesione;

— selezionare, tra i propri assistiti, le persone eleggibili;

— seguire i propri assistiti nelle varie fasi conseguenti lo screening secondo i protocolli.

Screening cardio-vascolare, sulla base dello sviluppo del piano regionale.

## 2. Attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici

Nell'ambito delle cure primarie, per quanto riguarda la medicina generale, le patologie croniche prioritarie individuate dalla Regione siciliana sono: diabete mellito di tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO-insufficienza respiratoria, TIA-ictus, ipertensione medio-grave.

Prioritariamente, per l'anno 2010, saranno sviluppati interventi nell'ambito dei due primi target (diabete e scompenso), per l'alta prevalenza di queste patologie e per l'alto numero di ospedalizzazioni e di costi "recuperabili". E', inoltre, ampiamente documentata in letteratura l'efficacia della gestione integrata per le suddette patologie. Con le associazioni in gruppo complesso si sperimenterà anche il target "ipertensione arteriosa".

Progressivamente, a partire dal 2011 si estenderà l'intervento anche agli altri target menzionati, secondo linee di indirizzo operativo che saranno divulgate dall'Assessorato a seguito dei lavori dei "tavoli tecnici" collegati all'attuazione del presente accordo (vedi premessa e articolo 25 su "Gli scenari attuativi e gli strumenti operativi dell'A.I.R.").

A partire dal 2010, il M.M.G. deve contribuire alla creazione di un "registro" distrettuale e aziendale dei pazienti cronici (diabete mellito e scompenso cardiaco) e deve attivare la "gestione integrata" di tali pazienti con il P.T.A. e/o con il poliambulatorio del distretto di riferimento (vedi art. 3 su "gestione integrata").

Per la partecipazione attiva e monitorata a tali programmi verrà assegnata al M.M.G. una quota derivante dal fondo costituito per il governo clinico (derivante da 3.08 della quota ponderata variabile e da specifico investimento regionale - ex art. 59, lett. B), commi 15-17).

Per l'anno 2010 verrà assegnata una tantum una quota, derivante dal pregresso (2005-2009) fondo di "ponderazione qualitativa" pari a 2,3 euro/assistito ed inoltre una quota regionale una tantum calcolata sulla base di 1 €/assistito, che verranno utilizzate per sostenere la fase di implementazione del disegno di governo clinico (realizzazione del "registro" dei pazienti cronici e attivazione gestione integrata).

Gli emolumenti sopra citati sono corrisposti ai M.M.G. a verifica dell'assolvimento dei compiti contemplati in questo articolo, anche nelle more della piena attivazione dei percorsi assistenziali nel distretto.

La quota variabile a partire dal 2011 viene aumentata da 3,08 a 4,50 euro/assistito/anno. Tale incremento è in parte (0,81 euro/assistito/anno) alimentato dal fondo di ponderazione.

### Art. 3

#### Gestione integrata

I passaggi operativi della gestione integrata M.M.G. - distretto sono i seguenti:

— il M.M.G. "registra" (scheda di start up) i propri pazienti dei target suddetti e li invia allo "sportello dei pazienti cronici" del P.T.A. per registrazione (registro distrettuale), per la visita specialistica (stadiazione-piano di cura annuale) e, ove necessario, per la presa in carico infermieristica presso l'ambulatorio infermieristico;

— il M.M.G. riceve il piano di cura indicato dallo specialista (secondo quanto concordato nei percorsi di gestione integrata) e lo condivide (eventuali contatti ed incontri con lo specialista e con l'infermiere vengono realizzati attraverso lo "sportello distrettuale dei pazienti cronici", gli "ambulatori di gestione integrata" o altro personale del distretto);

— eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto dai percorsi vanno motivati.

Tutti i pazienti a "medio-alta" complessità vengono gestiti dal M.M.G. sulla base del metodo del follow-up attivo, consistente in:

— richiamo attivo del paziente ai controlli periodici previsti dal piano di cura concordato con lo specialista del distretto;

— gestione dei contatti con lo specialista e con l'infermiere distrettuale anche programmando visite congiunte concordate, presso l'ambulatorio di gestione integrata;

— partecipazione a programmi di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari;

— partecipazione ai piani di cura dei pazienti complessi gestiti in day service territoriale.

Per il sistema di verifica, nell'anno 2010 si utilizzeranno indicatori di processo, nel 2011 si inseriranno indicatori di esito intermedio. Gli indicatori e i valori attesi saranno definiti dai tavoli tecnici. Nelle more della realizzazione di un sistema informativo unico M.M.G. - distretto, si utilizzerà un "registro informatico" presso il

P.T.A. - distretto e si consegnerà ai pazienti in gestione integrata un libretto-paziente.

A sostegno della gestione integrata si effettueranno specifici percorsi formativi integrati fra gli attori coinvolti.

### Art. 4

#### Attività integrative di assistenza (ex progetto qualità)

L'ex progetto qualità viene trasformato in due aree progettuali:

- area "compiti di servizio";
- area "paziente competente".

L'indennità per la partecipazione a tale progetto è di 6euro/assistito/anno con un budget distinto per singola azienda, pari al 70% della popolazione assistita. I M.M.G. che intendono aderire a tale progetto dovranno presentare apposita domanda all'A.S.P. di appartenenza entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana. Sarà data priorità ai medici di medicina generale che già garantivano le attività integrative e aggiuntive di assistenza secondo l'art. 17 del A.C.R. 2004 e usufruivano della relativa indennità; eventuali ulteriori istanze - ferma restando la percentuale sopra definita - saranno graduate secondo la data di presentazione delle stesse.

E' previsto, a partire dal 2011, l'utilizzo della quota derivante dal fondo di ponderazione che eccedesse il corrispettivo di 0,81 euro paziente/anno destinati al governo clinico (v. art. 2), per incrementare a 7 euro/assistiti/anno l'indennità di partecipazione all'istituto e successivamente ampliare la percentuale dei M.M.G. ammessa all'indennità per le attività integrative di assistenza.

E' consentita l'adesione a tali attività anche ai medici della medicina dei servizi e della continuità assistenziale qualora svolgano l'attività di assistenza primaria nello stesso ambito territoriale.

Al fine di favorire una corretta informazione degli assistiti, l'azienda sanitaria provinciale nei punti di scelta e revoca rende disponibile un elenco nominativo dei medici di assistenza primaria che possono acquisire le scelte, indicando a fianco di ciascun nominativo:

a) ubicazione dello studio medico o degli studi con i relativi orari, telefono, e la parte di orario destinata alle visite su appuntamento;

b) eventuali standard (adesione alle forme associative, informatizzazione, adesione alle attività aggiuntive, etc.).

I contenuti dell'area "compiti di servizio" sono i seguenti:

1) orario apertura studio secondo allegato A; tale impegno riguarda il singolo medico, anche se svolge attività in forma associata;

2) disponibilità telefonica diurna: dalle ore 8 alle 20 nei giorni feriali, dalle 8 alle 10 il sabato ed i prefestivi; il medico comunicherà al distretto il numero telefonico (fisso e/o mobile) con cui tale disponibilità viene assicurata e tale numero sarà pubblicizzato in sala d'attesa all'interno dell'ambulatorio;

3) partecipazione alle attività di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), considerata l'importanza di tale leva per riqualificare l'assistenza primaria, per rispondere ai bisogni di salute "globali" dei pazienti e per ridurre le ospedalizzazioni;

4) analisi e segnalazione al distretto, tramite strumenti che saranno definiti dal tavolo tecnico di cui in premessa, dei ricoveri inappropriati.

Il progetto del "paziente competente" prevede:

— informazione e motivazione dei pazienti relativamente all'autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativo-educativi);

— diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione;

— uso della scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

### Art. 5

#### Integrazione organizzativa con P.T.A. - distretto

La finalità è quella di creare uno spazio di effettiva integrazione M.M.G. - distretto (ambulatorio di gestione integrata), nel quale il M.M.G., attraverso un'agenda programmata concordata con il distretto e da quest'ultimo gestita, in integrazione con gli specialisti e con gli infermieri, si dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, prioritariamente dei pazienti a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione.

Il M.M.G., nelle ore di presenza nella sede distrettuale, può essere chiamato a svolgere attività assistenziale per eventuali pazienti che risultino senza assistenza (soggetti in possesso del codice S.T.P., migranti, turisti). Deve essere utilizzato un ricettario specifico per le prescrizioni ai non-assistiti.



Tale spazio di integrazione M.M.G. - distretto verrà, comunque, prioritariamente utilizzato per visite congiunte sui target di pazienti cronici precedentemente menzionati, per concordare e programmare i piani di cura e per partecipare ad attività comuni (educazione dei pazienti, incontri, ...).

Le ore dei M.M.G., previo accordo locale, potranno essere utilizzate anche per specifici programmi ritenuti prioritari dalle A.S.P. e dai distretti e per l'eventuale partecipazione dei M.M.G. ai P.P.I. - punti di primo intervento.

Le ore vengono prestate, fuori dal monte orario garantito per l'attività del proprio studio presso la sede del P.T.A. o dei poliambulatori del distretto all'interno di spazi denominati "ambulatori di gestione integrata" (in linea di massima con apertura h 8 diurne dal lunedì al venerdì: 9-13; 15-19 e apertura h 4 il sabato: dalle 9 alle 13).

A tali ambulatori il M.M.G. fa convergere prioritariamente, in modo programmato con il distretto, i propri assistiti con patologia cronica, in particolare quelli a medio-alta complessità e quelli a rischio di scompenso di malattia e di ricovero, per dare corpo alla "gestione integrata" con lo Specialista distrettuale, con l'infermiere e con gli altri operatori che interagiscono nel piano di cura.

Il M.M.G. potrà inviare agli Ambulatori di Gestione Integrata, previo accordo con il distretto, propri pazienti anche in sua assenza laddove esistessero particolari urgenze assistenziali o esigenze di programmazione distrettuale. Come già detto, sulla base delle esigenze aziendali e degli accordi siglati a livello locale, le ore del M.M.G. possono anche essere prestate per la gestione dei "punti di primo intervento".

Le modalità di gestione dell'agenda saranno concordate a livello distrettuale, nella prospettiva di ampliare quanto più possibile il n. di M.M.G. partecipanti e conseguentemente il n. di pazienti in gestione integrata.

E' prevista l'attivazione, entro il 2012, di un ambulatorio di gestione integrata per ogni distretto sanitario (con l'eccezione dei distretti cittadini di Palermo, Catania e Messina, ove se ne prevede un numero maggiore) per un totale di 62 ambulatori. Il processo sarà graduale: nel 2010 è prevista, a livello regionale, l'attivazione di 20 ambulatori di gestione integrata (a partire dal mese di ottobre); nel 2011 saranno attivati altri 22 ambulatori di gestione integrata.

Ad ogni A.S.P. viene assegnato un budget sulla base del numero di ambulatori di gestione integrata per cui è prevista l'attivazione. L'A.S.P. articola, sulla base dei propri fabbisogni, uno specifico "piano aziendale". Il contributo orario settimanale medio di un M.M.G. agli ambulatori anzidetti è stato stimato in 2 h/settimana, ma può variare a seconda del numero di M.M.G. partecipanti e delle esigenze aziendali.

Le Aziende, sentito il parere - non vincolante - delle OO.SS. di categoria individuano, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'accordo, le sedi in cui saranno attivati gli ambulatori di gestione integrata e pubblicano un bando per singolo ambulatorio. Il M.M.G., singolo o associato, che intende operare nell'ambulatorio, deve inoltrare apposita domanda entro 30 giorni dalla pubblicazione del bando, allegando una prima lista di pazienti eleggibili più complessi. L'Azienda stilerà quindi una graduatoria per ogni ambulatorio che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande.

Sarà data priorità ai M.M.G. con maggior anzianità nel rapporto di convenzionamento con il SSN, tenendo comunque in considerazione la vicinanza della sede di attività del M.M.G. all'ambulatorio di gestione integrata. Oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno (a partire dal 2011), per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo. Laddove il budget volesse essere utilizzato dall'A.S.P. per diversa finalità, la stessa potrà farsi promotrice di un progetto specifico motivato da presentare al comitato aziendale ed al Comitato regionale per la medicina generale. Laddove l'azienda fosse inadempiente rispetto all'attivazione degli ambulatori di gestione integrata o alla promozione di specifici progetti alternativi, il fondo verrà ripartito tra i M.M.G. selezionati per la partecipazione all'iniziativa.

Il pagamento orario per il M.M.G. che parteciperà a tale programma sarà di 33,11 euro (quota inclusiva di oneri previdenziali).

L'Assessorato emanerà linee di indirizzo sulle modalità organizzative e operative degli ambulatori di gestione integrata.

#### Art. 6

##### *Nuove formule aggregative: A.F.T. e U.C.C.P.*

Il nuovo A.C.N. sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle aggregazioni funzionali territoriali (A.F.T.), di cui all'art. 26 bis, alle quali i M.M.G. sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di "promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base

dei principi della E.B.M.,..." e di "promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review".

Le A.F.T. rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di co-costruzione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane.

In virtù di quanto detto, il presente accordo sancisce la prospettiva di utilizzare i sistemi incentivanti per gli obiettivi di appropriatezza più impegnativi, quali la costruzione e l'attuazione della "gestione integrata" ed in particolare di percorsi assistenziali integrati, che impegneranno indubbiamente tempi ed energie di integrazione organizzativo-operativa tra i M.M.G. fra loro e fra questi e le altre componenti del sistema.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva relativa ai protocolli specifici, quali quelli inerenti i farmaci ad alto costo e la diagnostica routinaria, che riguardano le performance prescrittive del singolo M.M.G., i M.M.G. e le loro associazioni si impegnano ad attuare l'applicazione dei protocolli concordati in seno alle A.F.T. senza ulteriori incentivi aggiuntivi.

#### *A.F.T. e coordinatore*

L'A.F.T. è una metastruttura aggregativa che si innesta, su un diverso livello, sulle classiche forme associative e che è inquadrabile come una "precondizione", considerata l'obbligatorietà della partecipazione, necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano.

Gli oggetti fondamentali di questa condivisione, tra gli stessi M.M.G. e tra questi e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:

— produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche di processo e di risultato;

— audit monoprofessionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifici e per la condivisione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali;

— formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria del M.M.G. è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

— partecipazione alla "vita" dell'A.F.T., e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;

— produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti (la produzione dei dati del singolo M.M.G. è sottolineata anche dal nuovo A.C.N. 2009);

— contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici evidence-based sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Poiché la Regione siciliana identifica nelle A.F.T. il nucleo potenziale del futuro sviluppo delle U.C.C.P., che saranno di seguito descritte, e in considerazione dell'importanza di garantire l'efficace funzionamento di tale modello aggregativo, si concorda di identificare un "Coordinatore" per "aggregazioni di A.F.T.", per un numero complessivo regionale di 140 coordinatori per il periodo di vigenza del presente accordo.

Il coordinatore dei nuclei di A.F.T. viene eletto dai componenti delle A.F.T. di competenza e assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

— il coordinamento organizzativo-operativo delle A.F.T., cioè il loro effettivo funzionamento e l'organizzazione degli incontri periodici;

— il raccordo con il "referente unico" M.M.G. dell'U.C.C.P. (vedi);

— la raccolta dei dati delle A.F.T. a lui assegnate e l'invio della reportistica periodica al distretto di riferimento;

— la cura dell'interfaccia tra A.F.T. e A.S.P.;

— la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione;

— la proposta all'Azienda e alla Regione di tematiche critiche, da approfondire e su cui costruire specifici percorsi e protocolli, che si affiancheranno a quelle individuate dalla Regione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni coordinatore riceverà il compenso forfetario di € 2.400 (duemilaquattrocento) per anno, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Il coordinatore nel suo lavoro farà riferimento al referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. (vedi) e al dirigente medico responsabile del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale di riferimento, che si avvarrà di personale amministrativo e di segreteria interno.

Il coordinatore dell'A.F.T. è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente accordo e in seno alla programmazione locale di A.S.P. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle A.F.T., è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del coordinatore:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri M.M.G. afferenti all'A.F.T.

L'incarico di coordinatore ha durata corrispondente alla durata del presente A.I.R. ed è rinnovabile.

I M.M.G. componenti delle A.F.T., sotto la supervisione e la responsabilità del coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti, tra i quali la produzione dei dati ed il loro aggiornamento con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati, la partecipazione alle attività ed agli incontri promossi dalle A.F.T., l'applicazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali concordati.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle A.F.T., alle quali il M.M.G. è obbligato a partecipare, è causa della decadenza dal sistema incentivante previsto e come indicato dall'A.C.N. 2009 può costituire causa di rescissione del rapporto convenzionale.

Le A.F.T., che l'A.C.N. 2009 ha previsto per tutte le tipologie professionali con rapporto convenzionale (M.M.G., P.L.S., M.C.A., specialisti), sulla base delle necessità e dei programmi aziendali potranno operare sia su base monoprofessionale, sia su base multiprofessionale integrata (ad es., nel caso di audit integrati per la condivisione di protocolli evidence-based o di percorsi di gestione integrata).

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione A.F.T. con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente accordo.

*U.C.C.P. (Unità complesse di cure primarie) e referente unico M.M.G.*

La Regione siciliana, a fronte di altre regioni, ha la necessità di recuperare un gap storico nell'ambito dell'integrazione multiprofessionale, implementando un percorso evolutivo in progress, che, a partire dal consolidarsi dell'esperienza delle A.F.T., si proietti verso la costituzione di questa nuova formula organizzativa, che rappresenta una forma evoluta di riorganizzazione delle cure primarie con un taglio "gestionale" nel quale il M.M.G. diviene attore fondamentale non solo dell'assistenza ma della gestione.

Gli elementi fondamentali che, nel nuovo A.C.N., connotano le U.C.C.P. sono i seguenti:

— (Art. 26 ter) "L'U.C.C.P. è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali..."

... i M.M.G., i PLS, gli Spec.Amb. e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle U.C.C.P. attivate ...

L'U.C.C.P. opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- 1) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- 2) assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto soccorso;
- 3) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- 4) impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità;
- 5) sviluppare la medicina d'iniziativa;
- 6) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale".

L'A.C.N. fornisce, inoltre, ulteriori contorni dello scenario attuativo delle U.C.C.P. acclarando le finalità di questo nuovo assetto organizzativo, i cui modelli organizzativi "possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione", ed in particolare l'art 26 ter: "... realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire un'effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

A tal fine ... va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello ...

... impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute

... sviluppare la medicina di iniziativa

... contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale".

Infine, l'A.C.N. 2009 fornisce un input molto significativo di riallocazione degli incentivi, da attuare nella fase di pieno sviluppo delle U.C.C.P. nel territorio, indicando che "... gli accordi riallocano gli incentivi e le indennità fino ad allora di competenza dei medici che

ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici ... con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale ...".

In accordo con le indicazioni dell'A.C.N. 2009 viene istituita la figura del "referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P." (nel periodo di vigenza del presente accordo è prevista la nomina di n. 62 referenti a livello regionale).

Il referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. verrà eletto dai medici dell'U.C.C.P. di appartenenza prioritariamente tra i M.M.G. in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. da almeno 10 anni e con almeno 750 assistiti e assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

- il coordinamento organizzativo-operativo dell'U.C.C.P., cioè la sua organizzazione ed il suo effettivo funzionamento,
- il contributo alle responsabilità gestionali dell'U.C.C.P., che sono a carico del dirigente medico responsabile del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale avrà sede l'U.C.C.P.,
- il raccordo con i coordinatori delle A.F.T. che fanno riferimento all'U.C.C.P.,
- la raccolta e l'elaborazione dei dati dell'U.C.C.P.,
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni "referente unico M.M.G." di U.C.C.P. riceverà il compenso forfetario di € 4.800 per anno, previa verifica che le funzioni siano state svolte efficacemente. Il "referente unico M.M.G.", nell'organizzazione del suo lavoro, farà riferimento al medico coordinatore del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale ha sede l'U.C.C.P. e al direttore di distretto e concorderà con questi ultimi le scadenze del piano di lavoro. Eventuali divergenze tra i suddetti soggetti saranno affrontate e risolte in seno all'U.C.A.D.

Il team dell'U.C.C.P. è costituito dal Referente unico M.M.G., dal medico coordinatore del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale ha sede l'U.C.C.P., dal coordinatore infermieristico, dal personale amministrativo assegnato, da altro personale coinvolto su progetti specifici (ostetrica, farmacista, assistente sociale, ...).

Il referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente Accordo e in seno alla programmazione locale di A.S.P. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle U.C.C.P., è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del referente unico M.M.G.:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri M.M.G. afferenti all'U.C.C.P.

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione U.C.C.P., con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente accordo.

Per l'incarico di referente unico sarà data priorità ai M.M.G.

#### Art. 7

##### *Debito informativo del M.M.G.*

Precondizione per la partecipazione ai programmi e per l'accesso agli incentivi previsti dall'A.I.R. è il pieno assolvimento, da parte del M.M.G. singolo o in associazione, al debito informativo i richiesto dall'A.S.P. e dalla Regione.

Nelle more del pieno sviluppo di un sistema informativo in grado di mettere effettivamente in rete le diverse parti ed i differenti attori del sistema, il M.M.G. e la singola associazione saranno chiamati a garantire al sistema la produzione di dati "di base" e di report periodici.

I dati sono necessari per sostenere i processi di pianificazione strategica regionale, aziendale e distrettuale e per permettere il corretto funzionamento dei sistemi di verifica. La produzione dei dati da parte del M.M.G., prevista dall'A.C.N., è uno strumento naturale del rapporto e non prevede specifica retribuzione. Le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali (secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 13 A.C.N. 2009).

#### Art. 8

##### *Linee di indirizzo regionali sulla gestione delle prescrizioni*

1. La Regione, coerentemente con l'art. 97 della legge regionale n. 11/2010, individua con apposito provvedimento, le modalità di prescrizione diagnostica e specialistica, ivi compresi i requisiti per l'ordine di priorità delle prescrizioni.

2. Tutti i soggetti preposti all'utilizzo del Ricettario unico regionale, nei casi previsti e sulla base sopra citata, specificheranno la diagnosi, bifferanno il grado di priorità e signaleranno le prescrizioni



indotte. Ciò al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, l'accessibilità ai servizi e i tempi di attesa e di evidenziare le "prestazioni indotte".

3. L'A.S.P., attraverso l'U.C.A.D. effettuerà delle verifiche periodiche e di queste invierà un report trimestrale al Comitato regionale della medicina generale.

4. Le proposte di indagini e/o visite specialistiche hanno una validità di 90 giorni ai soli fini della prenotazione. Le proposte di indagini o visite specialistiche prenotate entro tale periodo restano valide fino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che accreditate o preaccreditate. Le prenotazioni non possono essere effettuate senza valida richiesta prescritta sul ricettario S.S.N. In caso di prenotazione, anche telefonica, la struttura deve comunicare al paziente il giorno e l'ora in cui verrà espletata l'indagine o la consulenza.

#### Art. 8 bis

##### *Esenzioni dai tickets*

1. Gli attestati di esenzione devono riportare, pena la validità, classi terapeutiche e indagini esenti dal pagamento dei tickets, ciò anche per la co-responsabilizzazione del paziente e del medico prescrittore.

2. L'elenco delle prestazioni esenti deve essere unico o su più fogli differenziati per codice di patologia in caso di esenzioni plurime, mentre unico deve essere l'attestato che le contiene, riportando in modo chiaro e leggibile i nuovi codici di esenzione e la loro eventuale scadenza. Nello stesso vanno indicate le prestazioni clinico strumentali esenti e i farmaci correlati alla patologia.

3. Fermo restando le esenzioni per patologia (decreto ministeriale n. 329/99 e successive modifiche) già riconosciute dall'azienda unità sanitaria locale competente per territorio le esenzioni per patologia saranno certificate dal M.M.G. Ottenuta la certificazione attestante la patologia, l'azienda rilascerà il relativo tesserino come specificato al comma uno del presente articolo.

4. Le esenzioni delle visite specialistiche sono strettamente correlate alla patologia esentata.

5. Lo stato di gravidanza fisiologica, ai fini dell'esenzione, deve essere espresso nella diagnosi, con la sola precisazione della data dell'ultima mestruazione; nessun altro onere può essere posto a carico del M.M.G. (circolare del 4 gennaio 2005, nota n. 4); per la prescrizione di esami clinici o strumentali non compresi nel protocollo di esenzione, il medico prescrittore deve indicare il sospetto diagnostico; tali prestazioni sono soggette al pagamento del ticket (qualora dovuto).

6. Lo stato di gravidanza a rischio deve essere attestato direttamente dal ginecologo dipendente o accreditato, anche per le prescrizioni dei ginecologi liberi professionisti.

#### Art. 9

##### *Rapporti con gli specialisti*

1. I rapporti tra M.M.G. e specialista devono essere fondati sul reciproco rispetto, nell'osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.

2. Il M.M.G. è il responsabile primario dell'assistenza personale integrale dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato. I medici specialisti, dipendenti da strutture pubbliche o accreditate, rappresentano i consulenti che il S.S.N. mette a disposizione del paziente per l'eventuale approfondimento diagnostico-terapeutico proposto dal proprio M.M.G.

3. L'assunzione in cura del paziente da parte dello specialista (cosiddetto "passaggio in cura") può avvenire su richiesta motivata del M.M.G., nel caso di trasferimento della posizione di garanzia o per urgenti necessità terapeutiche e/o diagnostiche; in quest'ultimo caso lo specialista darà motivata comunicazione, in busta chiusa, al M.M.G., che non sarà tenuto a formulare ulteriori richieste di consulenze per lo stesso specialista né ulteriori proposte di accertamenti.

4. Dopo la dimissione del paziente, anche da reparti di alta specializzazione, il M.M.G. seguirà il paziente, salvo terapie specialistiche eseguibili solo in ospedale o esigenze dello stesso curante che possono sfociare nell'assistenza domiciliare integrata.

5. Deve rendersi reale la possibilità di accesso del M.M.G. negli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione (applicazione dell'art. 49 A.C.N.).

6. Per quanto non previsto qui sopra fanno testo l'A.C.N. e il codice di deontologia medica.

#### Art. 10

##### *Linee guida per la prescrizione*

Presso la Regione Siciliana trovano applicazione il decreto del dipartimento I.R.S. 19 settembre 2005 "Linee guida prescrittive" e

l'art. 9 della legge regionale n. 12/07 "Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata". La prescrizione dei farmaci deve rispettare la posologia media di assunzione giornaliera degli stessi.

Trovano altresì applicazione le disposizioni normative in materia di farmacovigilanza di cui ai decreti legislativi n. 95/03, n. 219/06 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento all'obbligo di segnalazione, nei casi previste dalla normativa vigente, di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini nell'ambito del sistema nazionale e regionale di farmacovigilanza di cui al decreto n. 1561 del 30 luglio 2009 e successive modifiche ed integrazioni.

#### Art. 11

##### *Assistenza farmaceutica e modulare*

1. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche, verso cui vanno uniformandosi tutte le A.S.P. rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei medici, che del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.

2. Alla luce di quanto sopra esposto ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del S.S.N. al puntuale rispetto di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

3. La necessità di erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio, si limita all'indicazione generica del tipo di presidio o ausilio, senza ulteriori precisazioni descrittive e senza quantificazione relazione all'invalidità concessa e/o alla patologia di riferimento. Nessun altro onere, ivi compresa la richiesta di visita specialistica, può essere richiesto al M.M.G. ed eventuali controlli da parte dell'azienda sono compiti d'istituto.

4. Le indagini per rilascio patente, assunzioni, idoneità lavorative, concorsi, commissioni invalidi civili o altre motivazioni, non connesse alle necessità diagnostiche del M.M.G., non sono a carico del servizio sanitario nazionale e possono essere effettuate solo in strutture sanitarie medico legali dedicate individuati dall'Assessorato regionale della sanità.

5. Tutti gli esami di laboratorio e strumentali, a prescindere dalla metodica di esecuzione (R.I.A., E.I.A., E.L.I.S.A., ecc.), devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore.

6. Progetti territoriali a valenza aziendale o distrettuale che vedano coinvolti medici di medicina generale devono essere concordati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative di categoria.

7. Le richieste di prestazioni emodialitiche, devono essere prescritte sul ricettario del servizio sanitario nazionale fino ad un massimo di otto prestazioni per singola ricetta. E' consentito al medico prescrittore, nel redigere il piano mensile di prestazioni, la compilazione, nello stesso giorno, di più ricette del S.S.N.

#### Art. 12

##### *Programmazione e monitoraggio delle attività. Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali*

Le attività previste dal presente accordo (gestione integrata delle patologie croniche, attivazione degli ambulatori di gestione integrata M.M.G. - specialisti presso i P.T.A. o i poliambulatori, attività delle U.C.C.P., appropriatezza delle cure, cure domiciliari, etc.) saranno sottoposte a monitoraggio e valutazione avvalendosi anche dell'U.C.A.D. (Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali), organismo distrettuale di programmazione, monitoraggio, controllo, concertazione, condivisione e decisione secondo quanto previsto dagli art. 25 e 27 dell'A.C.N. 2009. Per il monitoraggio della gestione integrata delle patologie croniche selezionate saranno utilizzati indicatori definiti dal tavolo tecnico (art. 3). Per le eventuali controversie si fa riferimento all'allegato G art. 3 (A.D.P.), allegato H art. 10 (A.D.I.) e all'art. 30 (violazioni) dell'A.C.N.

L'Assessorato regionale della salute, sentiti i direttori generali delle aziende, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, individuerà la data dell'elezione dei componenti delle U.C.A.D. E' previsto un rimborso forfetario di 100 euro per ogni seduta (per un massimo di 12 sedute all'anno).

#### Art. 13

##### *Sostituzioni*

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 37, comma 1, dell'A.C.N., il M.M.G. comunica mensilmente all'azienda il numero di giorni di cui ha usufruito per ristoro psico-fisico di cui all'art. 18 comma 5.

## Art. 14

*Scelta e revoca*

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 40 e 41 A.C.N. 29 luglio 2009, il capo famiglia e/o coniuge può scegliere per sé e per i propri familiari minorenni, con delega se maggiorenni, il proprio medico di famiglia.

## Art. 15

*Rapporto ottimale*

Fermo restando quanto previsto dall'art. 33 e dall'allegato B dell'A.C.N. 29 luglio 2009 la determinazione delle zone carenti avverrà dopo aver detratto dal computo i cittadini iscritti nel registro A.I.R.E. (anagrafe italiani residenti all'estero), ove esistente.

L'azienda sanitaria provinciale si impegna ad agevolare l'inserimento negli elenchi dei medici di medicina generale degli immigrati in regola con il permesso di soggiorno.

Il Comitato regionale effettuerà, entro sei mesi dalla pubblicazione dell'accordo, un'analisi delle problematiche relative al rapporto ottimale e alla individuazione degli ambiti carenti e della relativa capacità recettiva.

## Art. 16

*Diritti sindacali*

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato permanente regionale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 100,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato aziendale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 80,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.

Ai fini della corresponsione del compenso di cui ai comma precedenti, il medico presenta all'A.S.P. di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

Le somme attribuite per le ore di attività sindacale ai rappresentanti sindacali vanno corrisposte, nella misura del 50% entro il 30 giugno e del restante 50% entro il 31 dicembre dello stesso anno.

I rapporti economici tra rappresentanti sindacali e sostituti sono disciplinati dalle disposizioni contenute nell'art. 37, comma 14, A.C.N. 29 luglio 2009.

Le consistenze associative su base regionale ed aziendale di tutte le organizzazioni sindacali, rilevate ai sensi art. 22 del A.C.N. 2009 devono essere trasmesse anche alle segreterie regionali delle organizzazioni sindacali interessate.

## Art. 17

*Maggiorazioni per zone disagiate*

Nell'ambito del territorio della Regione siciliana, nelle isole di Alicudi, Filicudi, Vulcano, Panarea, Stromboli, Salina, Linosa, Marettimo e Levanzo, individuate come "zone disagiatissime", viene garantita la presenza di un medico di assistenza primaria.

Ai medici di cui al comma 1 che, oltre a svolgere la propria attività di assistenza primaria, garantiscono altresì il servizio di continuità assistenziale per n. 12 ore settimanali, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un massimale di 1.500 scelte.

Ai medici di cui al comma 1 che non intendono svolgere la suddetta attività di continuità assistenziale, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un numero di 1.000 scelte.

Ai medici di assistenza primaria che operano nelle isole di Lipari, Favignana, Ustica, Pantelleria e Lampedusa viene riconosciuto un compenso accessorio di € 1,00/assistito/anno.

## Art. 18

*Partecipazione dei M.M.G. nelle commissioni di invalidità*

I M.M.G. che fanno parte di commissioni per il rilascio delle certificazioni di invalidità civile non potranno espletare tale attività nel proprio ambito territoriale di scelta.

Stessi criteri si applicano per i medici che operano nella continuità assistenziale o nella medicina dei servizi e ai medici addetti ai controlli I.N.P.S. o per assenza per malattia.

## Art. 19

*Assistenza domiciliare e le prestazioni di particolare impegno (P.P.I.P.)*

Questi sono ambiti di particolare importanza per quanto riguarda il disegno di prevenzione dell'ospedalizzazione e di deospedalizzazione, oltre che di soddisfacimento di bisogni "sommersi" che, se non

soddisfatti, rischiano di peggiorare la qualità della vita dei pazienti fragili e delle loro famiglie.

Sono ambiti complessi sui quali non esistono dati completi che permettano da subito una rivisitazione critica dell'area. Pertanto, i M.M.G. e le associazioni si impegnano a gestire queste aree al massimo delle loro potenzialità in termini di piena partecipazione alle attività di assistenza domiciliare integrata in piena integrazione con le unità di valutazione multidimensionale.

## Art. 20

*Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (A.D.P.)*

I compensi percepiti dal singolo medico per l'assistenza domiciliare programmata non possono superare il tetto massimo del 25% di quanto previsto dall'A.C.N. 29 luglio 2009.

Il numero degli accessi retribuiti al medico, in funzione della percentuale come determinata al comma 1, viene calcolato sulla base del compenso mensile corrisposto al medico al momento della attivazione del programma di assistenza. Non è dovuta la ripetizione delle somme eccedenti il 25% in caso di successiva riduzione dei compensi mensili.

Nelle more della costituzione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, eventuali controversie tra il medico di assistenza primaria e l'azienda A.S.P., in merito all'attivazione o sospensione del programma di A.D.P., saranno sottoposte alla valutazione del comitato aziendale di cui all'A.C.N. 29 luglio 2009.

L'A.D.P. può essere espletata anche nelle R.S.A. e/o nelle case alloggio, case di riposo o case albergo.

Per quanto riguarda l'A.D.P. - assistenza domiciliare programmata, così come per le P.P.I.P. - prestazioni di particolare impegno (v. art. precedente), i M.M.G. e le loro associazioni si impegnano ad un'attenta selezione dei casi ed all'applicazione di criteri di appropriatezza, facendo in modo che tali strumenti possano efficacemente incidere in un'area molto importante per gli obiettivi di riduzione dell'uso improprio dell'ospedale, che la Regione si pone. Nel corso del 2010 e del 2011, oltre un sistematico controllo di tali attività da parte delle A.S.P., sarà effettuata una rilevazione mirata di dati finalizzata ad una rivisitazione critica dell'area ed alla ridefinizione dell'attuale allocazione delle risorse.

## Art. 21

*Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)*

L'assistenza domiciliare integrata, come previsto dall'allegato "H" dell'A.C.N. 29 luglio 2009, viene concordata dal medico di assistenza primaria, in corso di prima valutazione, con il responsabile dell'U.V.M. del distretto di appartenenza, di norma, al domicilio del paziente.

Gli accessi del medico di assistenza primaria, concordati con l'U.V.M., saranno riportati nella cartella clinica domiciliare.

Fermo restando la possibilità di segnalazione al responsabile delle attività distrettuali da parte dell'interessato, dei familiari, del responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni etc., l'attivazione dell'A.D.I. avviene esclusivamente con il consenso del medico di assistenza primaria.

Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta l'U.V.M., di cui fa parte il medico di assistenza primaria, attiva tutte le procedure previste per iniziare l'intervento integrato, dopo aver ricevuto il consenso del malato o dei suoi familiari.

Il numero massimo di accessi del medico di assistenza primaria per il servizio A.D.I. è pari a 70/assistito/anno.

Le prestazioni aggiuntive erogate in regime di A.D.I., previste all'allegato "D" dell'A.C.N. 29 luglio 2009 sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso.

## Art. 22

*Assistenza domiciliare residenziale (A.D.R.)*

L'assistenza domiciliare residenziale viene attuata secondo quanto previsto dai precedenti artt. 20 e 21 del presente accordo, integrando il servizio sanitario con quello sociale già offerto dalle strutture residenziali sia pubbliche che private.

## Art. 23

*Compensi A.D.P., A.D.I. e A.D.R.*

Per la prima valutazione per l'attivazione dell'A.D.I., effettuata di norma al domicilio del paziente, viene corrisposto un compenso pari ad € 75,00.

Ciascun accesso, per le attività previste dagli artt. 20, 21 e 22 del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00.

Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di assistenza palliativa a pazienti terminali.



## Art. 24

*Formazione continua*

Il tavolo della medicina generale concorda sulla fondamentale importanza della esistenza di una scuola di formazione regionale di medicina generale al fine di dare risposta ai bisogni formativi della categoria.

Per l'attività dei medici "tutor" viene stanziata la somma pari a € 450.000,00. A ciascun medico-tutor sarà corrisposto un compenso annuale di € 3.000,00. Il DASOE provvederà ad aggiornare periodicamente l'albo regionale.

## Art. 25

*Rete Influenza*

Ai medici di medicina generale partecipanti alla rete di sorveglianza "INFLUNET", la cui composizione sarà periodicamente aggiornata tramite richiesta al DASOE, che prevede l'invio dei dati di monitoraggio delle I.L.I. e A.R.I. via web settimanalmente spetta un gettone onnicomprensivo per ogni stagione influenzale di € 620,00.

Il gettone viene corrisposto a conferma dei dati rilevati dal centro nazionale CIRINET.

E' stato convenuto che devono essere coperti almeno il 75% delle settimane di osservazione (da ottobre ad aprile).

## Art. 26

*Gli scenari attuativi e gli strumenti operativi dell'A.I.R.*

Le parti in trattativa concordano con la necessità di rinforzare il processo di decentramento dell'Accordo integrativo regionale affinché le aziende sanitarie provinciali (A.S.P.) prendano progressivamente e in prima persona le redini della contestualizzazione attraverso l'articolazione di piani aziendali ed assumano la responsabilità dell'attuazione, del monitoraggio e delle verifiche dell'A.I.R.

Il processo di decentramento è stato carente nella Regione siciliana, generando difformità interpretative ed applicative dell'A.I.R., ritardi ed inefficienze. Il rinforzo di tale processo implica un progressivo "accompagnamento" delle A.S.P., che si baserà sui seguenti elementi:

— a livello regionale: il Comitato regionale di medicina generale espletterà la funzione di coordinamento generale del processo attuativo dell'A.I.R., sarà il riferimento per i Tavoli tecnici ed operativi nonché per i "piani aziendali", presiederà al monitoraggio, dirimerà dubbi ed eventuali controversie. Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute, che si avvarrà anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e predisporrà indicatori di processo e di risultato per verificare annualmente, in ogni singola A.S.P., il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo;

— a livello aziendale: la responsabilità del recepimento dell'A.I.R. e della sua attuazione è in capo alla Direzione aziendale, che individua le più appropriate forme organizzative degli attori interni preposti (cure primarie e distretti) e i più adatti strumenti operativi per gestire efficacemente il processo di contestualizzazione dell'A.I.R. Tale processo, concordato con il Comitato aziendale, deve condurre alla redazione di uno specifico "Piano aziendale", che motivi e documenti le scelte effettuate, la ripartizione dei fondi, i tempi e le modalità di attuazione e di verifica. La direzione porrà in essere, pertanto, tutte le precondizioni necessarie (sistema informativo, meccanismi operativi interni, incluse la verifica e la valutazione, formazione) al raggiungimento dei risultati attesi, in una prospettiva di coinvolgimento e responsabilizzazione di tutte le componenti del sistema assistenziale, sia territoriali, sia ospedaliere, coinvolte nella realizzazione dei programmi previsti dall'A.I.R. e, coadiuvata dalla UCAD, provvederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività e alla gestione delle eventuali controversie;

— a livello distrettuale: la direzione del distretto ha responsabilità di attuazione del piano aziendale precedentemente citato attraverso il coinvolgimento del personale dei P.T.A., ove essi siano stati realizzati, e del personale operante nei poliambulatori e negli altri servizi del distretto, di rinforzo dei meccanismi operativi deputati allo sviluppo locale dei programmi, del loro monitoraggio e della verifica dei risultati.

## Art. 27

*Decorrenza economica dell'accordo*

Il presente accordo decorre dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del decreto assessoriale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

## Art. 28

*Durata dell'accordo regionale*

Il presente accordo regionale ha durata fino al 31 dicembre 2011 e comunque fino all'entrata in vigore del nuovo accordo regionale per l'attuazione del prossimo A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

**Allegato A****ART. 4 - ACCORDO REGIONALE DI MEDICINA GENERALE**

Numero assistiti	Ore settimanali
100	6 h
200	7h
300	8h
400	9h
500	10h
600	11h
700	12h
800	13h
900	14h
1.000	15h
1.100	16h
1.200	17h
1.300	18h
1.400	19h
1.500	20h

**Norma finale***Collaboratore di studio e infermiere professionale*

Fermo restando le percentuali previste dall'A.C.N. per quanto riguarda il collaboratore di studio e l'infermiere professionale, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo il M.M.G. che non percepiscono la relativa indennità ed in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N. devono presentare apposita istanza all'A.S.P. di appartenenza; le A.S.P., entro i successivi 60 giorni, redigeranno la graduatoria degli aventi titolo, entro le percentuali di assistiti in ambito regionale previste dall'A.C.N., secondo il criterio dell'anzianità di assunzione del dipendente. Successivamente le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno esclusivamente dai medici che non percepiscono la relativa indennità.

Fermo restando le percentuali come sopra definite qualora, a livello provinciale, i sanitari aventi diritto ad una delle predette indennità risultassero inferiori alla percentuale stabilita, l'A.S.P., se necessario provvederà a stornare il budget rimasto all'altra indennità.

*Dichiarazioni a verbale*

I sindacati firmatari, portano a conoscenza di codesto Assessorato che l'attività di tutoraggio per l'abilitazione professionale svolta presso gli studi di medicina generale, è un obbligo perché il dottore in medicina e chirurgia conseguiva l'abilitazione professionale secondo quanto previsto dalla normativa europea in termini di libera circolazione sul territorio della comunità. Si evidenzia che il medico abilitato costituisce una risorsa per il S.S.R. e che pertanto per tale attività è indispensabile l'attività di tutoraggio del M.M.G. è necessario che tale attività venga adeguatamente retribuita.

Le OO.SS. dichiarano che le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati informativi al SSR saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali, secondo quanto previsto dal comma 5, art. 13, A.C.N. 29 luglio 2009. Questi devono essere compatibili con i software gestionali approvati e certificati dalla Regione e devono essere a carico della pubblica amministrazione.

La Fimmg e lo Snam auspiciano che si renda possibile il trasferimento dei medici di assistenza primaria nello stesso distretto dove operano come medici della medicina dei servizi con l'esclusione che non possono essere incaricati nell'ambito della medicina fiscale nello stesso ambito territoriale di scelta ove esercitano l'assistenza primaria. Ciò costituisce un'economia per la Regione in quanto verrebbe meno l'indennità di trasferimento; in ogni caso nessun onere aggiuntivo è a carico dell'azienda.