



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1456

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

OGGETTO: Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 - Approvazione schema di accordo con i Medici di Medicina Generale: "Le azioni per lo sviluppo della assistenza territoriale: l'attribuzione dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione ed il miglioramento della rete territoriale, la prosecuzione dell'implementazione del numero dei posti letto per gli ospedali di comunità nel sistema della residenzialità e le linee guida per la progettazione degli ambulatori avanzati della medicina generale e delle cure primarie"

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla PF Risorse Umane e Formazione dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis, della Legge Regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della PF Risorse Umane e Formazione e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

Vista la proposta del Dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1 - di approvare lo schema di Accordo con i Medici di Medicina Generale di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, avente ad oggetto: "Le azioni per lo sviluppo della assistenza territoriale: l'attribuzione dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione ed il miglioramento della rete territoriale, la prosecuzione dell'implementazione del numero dei posti letto per gli ospedali di comunità nel sistema della residenzialità e le linee guida per la progettazione degli ambulatori avanzati della medicina generale e delle cure primarie";

2 - La spesa conseguente all'approvazione dello schema di accordo di cui all'allegato 1, è compresa nel budget assegnato all'ASUR;

3 - di incaricare il Presidente della Giunta Regionale di sottoscrivere il Protocollo di cui all'allegato 1.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del d. lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dott.ssa Deborah Giraldi

Vice Segretario della Giunta regionale
(Fabio Tavazzani)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Dott. Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1456

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

DOCUMENTO ISTRUTTORIO**NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente della Medicina Generale (ACN 23/03/2005 e s.m.i.);
- Accordo Integrativo Regionale con i medici di Medicina generale (AIR) - DGR 751/07;
- DGR n.1108 del 15/12/2015 – Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo regionale DGR 751/07 - Approvazione schema di protocollo di intesa con i Medici di Medicina Generale per l'attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa territoriale;
- DGR n.308 del 3/04/2017- Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo regionale DGR 751/07 - Approvazione schema di protocollo di intesa per l'attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa territoriale - anno 2015;
- Delibera di Giunta Regione Marche n. 960 del 04.08.2014 - Regolamentazione Cure Intermedie – approvazione;
- Deliberazione Legislativa approvata dall'Assemblea Legislativa Regionale nella seduta del 17.05.2011 n. 44 art. 7 - Disposizioni per l'ottimizzazione dell'attività amministrativa e il contenimento della spesa della Regione e degli enti del Servizio Sanitario Regionale;
- Delibera di Giunta Regione Marche n. 139 del 22.02.2016 – Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013;
- Piano Socio Sanitario 2012-2014, approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa delle Marche n. 38 del 20.12.2011;
- DGR n.746 del 18/07/2016 - Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 - Approvazione "Schema di Protocollo di Intesa regionale con i medici di Medicina generale per l'appropriata gestione medica territoriale dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità - Sistema della Residenzialità ex art. 14 e 15 AIR DGR 751/2007 - Schema unitario per la sottoscrizione di Accordi Aziendali in Area Vasta per la gestione dei singoli Ospedali di Comunità nel sistema della Residenzialità di cui agli art.14 e 15 dell'AIR DGR 751/07.

ESITO DELL'ISTRUTTORIA

L'Accordo Integrativo Regionale con i medici di medicina generale (DGR 751/2007) e i successivi Accordi con la categoria, hanno creato il presupposto per migliorare l'organizzazione della medicina generale mediante l'implementazione delle forme organizzative complesse e l'utilizzo dei collaboratori di studio e infermieri previste dall'ACN di riferimento. Inoltre ha creato i presupposti anche per i necessari raccordi funzionali e professionali trasversali sul territorio mediante la regolamentazione delle équipes territoriali anche negli accordi integrativi con le altre categorie mediche convenzionate (pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali).

Nella prospettiva sopra delineata con l'Accordo Integrativo Regionale, si sono successivamente sviluppati ulteriori Accordi volti a realizzare un modello professionale innovativo di Assistenza Territoriale a fronte dell'esigenza di una riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta di servizi ospedalieri. Si è dunque affidato all'Accordo sulla Residenzialità di cui alla DGR 746/2016, l'obiettivo di realizzare una rete di gestione appropriata e sostenibile della cronicità, domiciliare e residenziale affidata nella presa in carico alla Medici-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
1456

na Generale fortemente integrata con il distretto e con le forme organizzative complesse della medicina generale.

Lo schema di accordo di cui si propone l'approvazione vuole dare nuovo impulso al territorio orientandolo verso la gestione della fragilità e della cronicità e, più in generale, alla promozione e al mantenimento della salute dei cittadini secondo il modello della presa in carico specifica della Medicina Generale; esso si compone di tre moduli che delineano il proseguimento del disegno riorganizzativo:

1. L'attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio;
2. La gestione degli ospedali di comunità per i moduli tra 10 e 20 posti letto e oltre 20 posti letto;
3. Le linee guida per la progettazione territoriale e la sperimentazione degli ambulatori avanzati.

PARTE 1 - Attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio – anno 2016

La parte 1 dello schema di accordo accerta dai prospetti ASUR le risorse che nell'anno 2016 si sono rese disponibili sul fondo per gli istituti soggetti ad incentivazione (art 14 e 54 ACN e art.53 AIR DGR 751/07) e sul fondo regionale relativo all'istituto della "forma di Assistenza Aggiuntiva" (art. 20 AIR DGR 751/07), anche a seguito dei pensionamenti di medici, ed eventualmente di provvedere ad attribuirle ai medici che hanno già aderito all'istituto e svolgono dall'anno 2016 la loro attività in medicina di rete, di gruppo o con collaboratore di studio o infermiere.

Il prospetto del fondo per gli istituti soggetti ad incentivazione dell'anno 2016 predisposto dall'ASUR presenta tra le entrate del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, la quota per l'assegno dei cessati, fermo all'ammontare rilevato nell'anno 2009 secondo quanto già stabilito dal Ministero dell'Economia e Finanze. Da tale componente vengono detratte le quote di partecipazione agli UCAD (ai sensi dell'AIR DGR 751/07) e la quota annuale inerente i coordinatori delle Equipages Territoriali (ai sensi dell'accordo di cui alla DGR 1108/2015). La rilevazione comprende a consuntivo anche i costi sostenuti per l'attuazione dell'accordo di cui alla DGR 1108/2015 e 308/2017 per la copertura delle adesioni dei medici agli istituti soggetti ad incentivazione fino all'anno 2015.

Sono state viste:

- le richieste ricevute dall'ASUR nell'anno 2016 per l'accesso agli incentivi economici per gli istituti soggetti ad incentivazione di medici che già esercitano le relative attività;
- la capienza del fondo per la qualità dell'assistenza e di quello per l'assistenza aggiuntiva che risulta registrare un residuo utilizzabile per istituti ripetibili, non essendo stata ancora concordata la possibilità di accogliere nuove adesioni.

Visto altresì quanto stabilito dall'AIR ex DGR 751/07 e dagli accordi DGR 1108/2015 e 308/2017, si è convenuto di utilizzare nella permeabilità dei fondi regionali prevista dall'AIR, le risorse del fondo per l'assistenza aggiuntiva per finanziare le richieste di cui sopra per l'anno 2016 a decorrere dal 01/01/2017, previa riduzione della disponibilità complessiva dello stesso fondo per l'assistenza aggiuntiva a favore dell'incremento in entrata del fondo per la qualità dell'assistenza.

Lo stesso accordo stabilisce i tempi di erogazione dei compensi, della redazione degli schemi dei fondi dell'anno 2017, con gli elenchi definitivi dei medici che hanno presentato domanda di riconoscimento degli istituti soggetti ad incentivazione nell'anno 2017, al fine di provvedere in tempi brevi alla redazione di un ulteriore specifico accordo per l'eventuale riconoscimento degli incentivi compatibilmente con le risorse disponibili.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

L'ASUR, sulla base dei propri conteggi, continuerà ad accantonare quanto non utilizzato nel fondo per l'assistenza aggiuntiva e nel fondo per gli istituti soggetti ad incentivazione.

Le risorse dei fondi sono destinate ai medici attraverso gli accordi regionali, oggetto di specifici accantonamenti contrattuali, comprese nel budget dell'ASUR e pertanto senza impegno di spesa a carico della Regione.

Inoltre, la parte in parola dello schema di accordo è ricompresa nella spesa complessiva per gli istituti contrattuali dell'anno 2010, come stabilito dalle norme vigenti e non rappresenta quindi un incremento contrattuale rispetto al limite stabilito dal Decreto Legge n. 78 art. 9 c. 4, convertito con la legge 122 del 30/07/10, che prevede l'obbligo di non incrementare il reddito dei Medici convenzionati oltre il 3,2%, già previsto dall'Accordo Nazionale nel totale dell'incremento previsto per la quota nazionale e per la quota regionale.

L'Accordo stabilisce anche indirizzi per rivedere la forma di assistenza aggiuntiva (art. 20 AIR) al fine di utilizzare le risorse ad essa destinate in modo adeguato alle mutate esigenze della popolazione dando eventuale priorità di accesso ai medici che partecipano alla gestione delle strutture degli ospedali di comunità e che non godono del suddetto incentivo, previo parere obbligatorio del Comitato Regionale e ferma restando la compatibilità economica del fondo.

Infine l'accordo stabilisce alcuni indirizzi di uniformità per la corretta applicazione periferica degli istituti soggetti ad incentivazione.

PARTE 2 - Ospedali di Comunità nel sistema della residenzialità di cui agli art. 14 e 15 dell'AIR DGR 751/07 e alla DGR 746 del 18/07/2016 – regolamentazione per le strutture da 10 a 20 posti letto e oltre 20 posti letto

La parte 2 dello schema di Accordo si pone in continuità con l'Accordo Integrativo regionale con i MMG (DGR 751/2007) ancora vigente che già definisce il sistema di domiciliarità e residenzialità in carico alle strutture territoriali, coordinati per gli aspetti organizzativi dai Distretti (articoli 14 e 15) e con l'accordo di cui alla DGR 746 del 18/07/2016 confermando quanto già stabilito per le strutture fino a 10 posti letto.

Considerata la necessità di uniformità di comportamenti di tutte le aree Vaste dell'ASUR nelle quali sono in essere Ospedali di Comunità e viste anche le particolari potenzialità che tali strutture possono offrire allo sviluppo appropriato dell'assistenza territoriale da parte dei Medici di Medicina generale mediante l'organizzazione di Ambulatori Avanzati di medicina generale e cure primarie, le parti hanno concordato quanto segue:

- Viene confermato quanto già stabilito nel precedente accordo DGR 746/2016;
- Vengono fissati i compensi per i moduli da 11 a 20 posti letto;
- Vengono fissati i compensi per i moduli da 21 a 30 posti;
- Vengono fissati i compensi per i moduli da 31 a 40 posti letto;
- Vengono fissati i compensi per i moduli da 41 a 50 posti;

- Viene stabilito che per le strutture con più di 30 posti letto può essere aumentata la presenza di Medici a copertura dei singoli turni;
- Vengono esplicitati gli indicatori di efficacia e di efficienza della struttura che sono stati definiti dall'Osservatorio Regionale dell'Appropriatezza al fine di fornire specifici report per il continuo miglioramento delle prestazioni rese nella struttura.
- Viene previsto un primo anno di applicazione (fino al 31/12/2018) come fase sperimentale e di rilevazione e monitoraggio degli standard nelle strutture, al fine di istaurare un percorso virtuoso di miglioramento qualitativo delle prestazioni rese.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1456

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

I costi relativi a quanto sopra esposto, sono a carico dei budget assegnati all'ASUR e della nuova riallocazione delle risorse a seguito della riconversione dall'area ospedaliera all'area del territorio.

PARTE 3 - La prospettiva futura: i presidi di assistenza avanzata di medicina generale e delle cure primarie – linee guida e primi indirizzi

La parte 3 dello schema di accordo stabilisce le linee guida per la formulazione di progetti di presidi Avanzati di Medicina Generale e Cure Primarie e delle loro funzioni, al fine di permettere al territorio di verificare la fattibilità e le migliori modalità tecniche per l'implementazione di questo modello gestionale.

Il Presidio di Assistenza Avanzata di Medicina Generale e delle Cure Primarie ha l'obiettivo di promuovere e mantenere la salute dei Cittadini secondo un approccio definito "primario", caratterizzato da coordinamento, continuità, presa in carico e accessibilità mediante una attività assistenziale fornita dai MMG e da altro personale medico e non (specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale di collaborazione) volta alla gestione più appropriata dei bisogni assistenziali, in particolare di quelli delle persone affette da malattie croniche.

Il Presidio di Assistenza Avanzata può essere progettato per offrire prestazioni di primo livello compresa l'educazione sanitaria, al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione e la capacità di gestire al meglio, da parte del paziente stesso, la propria condizione di malattia con particolare riferimento alla malattia cronica, prevenendo eventuali episodi di riacutizzazione. Rappresenta inoltre un punto di raccordo tra gli utenti, i MMG, gli Specialisti, gli Infermieri, gli assistenti sociali e più in generale di tutti i soggetti operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare coinvolti nel processo assistenziale, in un'ottica di continuità della cura e di realizzazione di reti curanti interdisciplinari e multiprofessionali.

I Presidi di Assistenza Avanzata potranno:

- afferire a strutture del territorio (Distretto, Ospedali di Comunità ecc.) detti "Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale";
- essere autonomamente organizzati dagli MMG mediante le loro forme organizzative complesse e attraverso personale (infermieristico, assistenti sociali, collaboratori, ecc.) dagli stessi medici reclutato (dipendenti o liberi professionisti) detti "Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe".

Lo sviluppo di questa rete di assistenza territoriale rappresenta l'antefatto gestionale per attivare su almeno 4 aree di patologia, percorsi di medicina pro-attiva (BPCO, Diabete, Ipertensione, cardiopatia ischemica...) che dovranno essere gestiti ordinariamente dai MMG all'interno dei propri studi e, per le necessità non ordinarie, nei Presidi Avanzati (quelli Territoriali e quelli di Equipe) in collaborazione con medici specialisti, infermieri e assistenti sociali e altro personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi.

La progettazione dovrà essere proposta tramite il Direttore di Distretto all' UCAD di riferimento, e realizzata dai MMG anche in collaborazione con le altre figure coinvolte (infermieri, assistenti sociali, Medici Specialisti, ecc).

Lo schema di accordo specifica e dettaglia le varie fasi da seguire per la progettazione e, a seguito di tale progettazione, potranno essere attivate su base locale specifiche sperimentazioni gestionali con i Medici di Medicina Generale.

L'avvio di percorsi di cura di "medicina pro-attiva" potrà prevedere la trasformazione di incentivazioni presenti nell'AIR 2007 (forma di assistenza aggiuntiva) anche sulla base delle disponibilità definite dalla contrattazione Nazionale e Regionale per lo sviluppo di tali attività di presa in carico.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Le modalità di accesso e i compensi per i suddetti ambulatori avanzati, saranno stabiliti in modo più dettagliato in un prossimo accordo, anche a seguito dei progetti e delle eventuali sperimentazioni concordate su base locale.

Durante le riunioni del Comitato regionale per la Medicina Generale di cui all'art. 24 del vigente ACN e dell'AIR DGR 751/07 e succ. mod. e int., composto da rappresentanti di parte pubblica e dai rappresentanti delle OO.SS. maggiormente rappresentative della Medicina Generale è stato definito congiuntamente lo schema di accordo allegato 1 alla presente proposta. Lo schema di accordo è stato presentato per la firma nella riunione del Comitato Regionale della Medicina generale del 27 novembre 2017 ed è stato sottoscritto dalla parte pubblica e per la parte Sindacale, dal Segretario Regionale della FIMMG, Organizzazione Sindacale maggioritaria per la Medicina Generale. Al termine della riunione, la parte pubblica ha esplicitamente invitato a sottoscrivere lo schema di accordo anche le altre sigle sindacali, in considerazione della loro attiva partecipazione alla discussione per la definizione dei contenuti dello schema stesso.

Nella stessa data, via mail, è stato inviato a tutte le OO.SS. aventi diritto, lo schema di accordo (allegato 1), rinnovando l'invito a sottoscrivere lo stesso prima dell'adozione del presente atto. Nei giorni successivi il rappresentante di Intesa Sindacale ha sottoscritto lo schema di Accordo mentre le altre Organizzazioni Sindacali, non hanno aderito.

Al fine del coinvolgimento dei Direttori di Area Vasta nella fase applicativa, lo schema di accordo è stato sottoscritto anche dagli stessi "per presa visione ed impegno all'attuazione locale".

La sottoscritta, responsabile del procedimento, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del d. lgs. 33/2013.

Per tutto quanto sopra, si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

LA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Angela Alfonsi

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. RISORSE UMANE E FORMAZIONE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

**IL DIRIGENTE DELLA P.F.
RISORSE UMANE E FORMAZIONE**

Rodolfo Pasolini



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1456

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione in relazione, alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

La Dirigente del Servizio Sanità
Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 21 Pagine di cui n. 13 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dott.ssa Deborah Girdali

Il Vice Segretario della Giunta regionale.
(Fabio Favazzani)

[Handwritten mark]

Y

SCHEMA DI ACCORDO CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

LE AZIONI PER LO SVILUPPO DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE: L'ATTRIBUZIONE DEI FONDI PER GLI ISTITUTI SOGGETTI AD INCENTIVAZIONE ED IL MIGLIORAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE, LA PROSECUZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL NUMERO DEI POSTI LETTO PER GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ NEL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ E LE LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DEGLI AMBULATORI AVANZATI DELLA MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

PREMESSA

L'Accordo Integrativo Regionale con i medici di medicina generale dell'anno 2007, ha creato il presupposto per la migliore organizzazione della medicina generale mediante l'implementazione delle forme organizzative complesse e l'utilizzo dei collaboratori di studio e infermieri previste dall'ACN di categoria. Ha anche creato i presupposti per i necessari raccordi funzionali e professionali trasversali sul territorio mediante la regolamentazione delle équipes territoriali negli accordi integrativi con tutte le categorie convenzionate.

Nell'ottica di tale orizzonte delineato con l'Accordo Integrativo Regionale, si sono successivamente sviluppati ulteriori Accordi volti a concretizzare un modello professionale innovativo di Assistenza Territoriale in particolare nel momento in cui si delineava l'esigenza di una riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta di servizi ospedalieri. Si è dunque affidato all'Accordo sulla Residenzialità l'obiettivo complessivo di realizzare una rete di gestione appropriata e sostenibile della cronicità, domiciliare e residenziale affidata nella presa in carico alla Medicina Generale fortemente integrata con il distretto e con le forme organizzative complesse della medicina generale.

Il presente schema di accordo vuole dare un nuovo impulso al territorio e ad una organizzazione dello stesso sempre più orientato alla gestione della fragilità e della cronicità e più in generale alla promozione e al mantenimento della salute dei cittadini, secondo il modello della presa in carico specifico della Medicina Generale, anche attraverso rinnovate intese con la medicina generale stessa. Lo stesso è costituito da tre moduli che delineano il proseguimento del disegno riorganizzativo:

1. L'attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio;
2. La gestione degli ospedali di comunità per i moduli tra 10 e 20 posti letto e oltre 20 posti letto;
3. Le linee guida per la progettazione territoriale e la sperimentazione degli ambulatori avanzati.

PARTE 1

Attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio – anno 2016

PAG
10

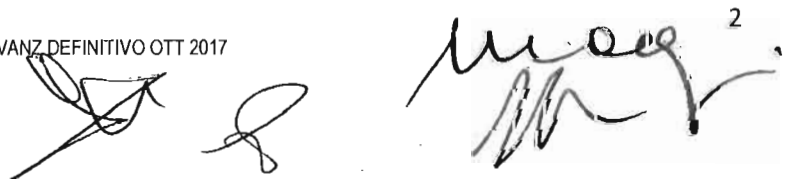
Presenza visione del rendiconto dell'ASUR del fondo "a consuntivo" dell'anno 2016 formalmente inviato in data 27/07/2017, comprensivo degli effetti dell'attuazione dell'accordo di cui alla DGR 308/2017 e cioè della messa a regime delle domande per gli istituti soggetti ad incentivazione presentate fino al 31/12/2015 e liquidate a decorrere dall'anno 2016, si rappresenta quanto segue.

Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza – anno 2016

- Si prende atto che il prospetto del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza dell'anno 2016 presentato dall'ASUR, risulta redatto tenendo conto di quanto stabilito dall'Accordo regionale DGR 751/07 e dagli altri accordi DGR 1108/2015 e 308/2017, detraendo dai fondi dei cessati i compensi annuali per gli UCAD e per i coordinatori delle ET.
- Si prende atto che la parte di utilizzo del fondo include le spese sostenute per l'attuazione dell'accordo di cui alla DGR 308/2017 e cioè comprende i costi sostenuti per la liquidazione delle domande presentate fino al 31/12/2015 a decorrere dal 01/01/2016 registra un avanzo disponibile pari ad euro 206.523,86.
- Si prende atto che quanto prospettato nel protocollo di cui alla DGR 308/2017 in relazione alla possibilità di un utilizzo "provvisorio" di flessibilità delle risorse disponibili sul fondo della assistenza aggiuntiva 2015 per la copertura del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, non si è reso necessario, confermando quanto già ipotizzato nel medesimo accordo e cioè che le quote non più utilizzate per gli istituti soggetti ad incentivazione a seguito dei pensionamenti dell'anno 2016, avrebbero coperto i nuovi ingressi dello stesso anno 2016.
- Si prende infine atto che la disponibilità per l'assistenza aggiuntiva 2015 resta quindi integra e nessuna quota della stessa risulta utilizzata nella "permeabilità" con il fondo degli istituti soggetti ad incentivazione che è risultato a consuntivo sufficiente a coprire le spese allo stesso imputate per l'anno di riferimento. L'ASUR provvede ai necessari accantonamenti del residuo del fondo per l'assistenza aggiuntiva dell'anno 2015.

Riconoscimento domande presentate nell'anno 2016 da liquidare a decorrere dal 1/01/2017

- Il fondo come sopra rappresentato non risulta capiente per l'acquisizione di tutte le nuove domande presentate nell'anno 2016 che, dai conteggi forniti, ammontano ad euro 417.811,97 su base annua.
- Al fine di poter coprire tutte le domande presentate, mancano al fondo a riparto per la qualità dell'assistenza euro 211.288,11 (417.811,97 – 206.523,86).
- Dai prospetti ASUR, il residuo dell'anno 2016 del fondo per l'assistenza aggiuntiva ammonta ad euro 754.406,78, determinato dalla differenza tra il fondo determinato all'anno 2010 e quello effettivamente utilizzato nel 2015 (6.949.489 – 6.195.082,22).
- Tale residuo, nella flessibilità dei fondi prevista dall'AIR DGR 751/07, viene parzialmente utilizzato a copertura delle quote di cui sopra, per un ammontare pari ad euro 211.288,11, decurtando conseguentemente la medesima quota dalla

 2

PAG
11
A

disponibilità permanente del fondo dell'assistenza aggiuntiva che risulta quindi essere rideterminata in euro 543.118,67 (754.406,78 – 211.288,11) che l'ASUR provvederà ad accantonare.

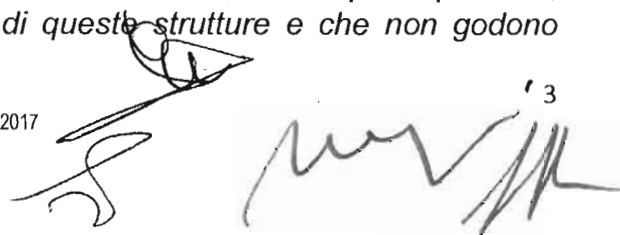
- Sulla base del fondo "a consuntivo" per l'anno 2017, si verificherà la possibilità di reintegrare il fondo per l'assistenza aggiuntiva dell'entità pari alla disponibilità non utilizzata.
- L'ASUR provvederà alla liquidazione di quanto dovuto a coloro che hanno presentato la domanda nell'anno 2016 a decorrere dall'anno 2017, secondo le seguenti scadenze:
 - A regime in busta paga: mese competenza novembre - cassa dicembre 2017
 - Arretrati anno 2017: busta paga: mese competenza dicembre – cassa gennaio 2018

Domande presentate nell'anno 2017 e tempi per la redazione del fondo 2017

- L'ASUR provvede alla redazione dell'elenco definitivo delle domande per l'accesso agli istituti soggetti ad incentivazione presentate nell'anno 2017 (complete dei necessari controlli ed aggiornamenti) con le proiezioni della relativa spesa annuale, e alla redazione del Fondo dell'anno 2017 (comprensivo della spesa sostenuta per l'attivazione degli istituti la cui domanda è stata presentata nel 2016 a decorrere da 1/1/2017), alla data del 31/12/2017, sempre tenendo fermo l'incremento del fondo dei cessati dell'anno 2009, detratta la spesa UCAD e il compenso per i coordinatori delle E.T. entro il 31/01/2018
- Qualora l'ammontare della proiezione annuale delle adesioni 2017 fosse minore o uguale all'ammontare del fondo dell'assistenza aggiuntiva come determinato a seguito dell'utilizzo per la liquidazione delle adesioni dell'anno 2016 (euro 543.118,67), l'ASUR è autorizzata a provvedere direttamente all'erogazione delle suddette quote a decorrere dalla data di adesione, provvedendo alla corrispondente decurtazione definitiva del fondo per l'assistenza aggiuntiva.
- Entro il mese di febbraio 2018 l'ASUR presenterà al Comitato Regionale i dati di sintesi dei fondi rideterminati a seguito dei pagamenti effettuati per gli anni 2016 e 2017 e gli eventuali residui opportunamente contabilizzati
- Il Comitato Regionale, entro il successivo mese di marzo 2018, esaminati i report dell'ASUR e le disponibilità dei fondi, procederà con la programmazione temporale per l'eventuale riconoscimento delle quote ai richiedenti dell'ultimo trimestre dell'anno 2017, compatibilmente con le risorse disponibili, come disposto dall'ACN e dall'AIR, fermo restando la compatibilità con eventuali nuovi accordi nazionali e regionali.

Fondo per l'assistenza aggiuntiva

Le parti concordano sulla necessità di rivedere e strutturare in modo più adeguato alle mutate esigenze della popolazione l'art.20 dell'AIR relativo alla "assistenza aggiuntiva per l'accessibilità e la continuità dell'informazione". Nelle more della suddetta ricontrattazione, in continuità con il precedente accordo DGR 746 del 18/07/2016, anche per il presente accordo: *"I medici che partecipano alla gestione di queste strutture e che non godono*


3

PAG
12

AA

dell'incentivo previsto dall'art. 20 dell'AIR: "Assistenza aggiuntiva per l'accessibilità e la continuità dell'informazione" potranno prioritariamente accedervi, previo parere obbligatorio del Comitato Regionale e ferma restando la compatibilità economica del fondo, obbligandosi a svolgere quanto previsto per i medici nello stesso articolo citato".

Al fine di dar seguito a quanto sopra, l'ASUR presenterà al Comitato regionale per la medicina generale, entro il mese di novembre 2017 un prospetto con le richieste già effettuate dai medici per l'adesione al suddetto istituto per l'anno 2016, con le date di richiesta, l'effettivo ingresso negli ospedali di comunità (per l'individuazione della priorità) ed il conteggio delle quote dovute su base annuale, allo scopo di verificare la compatibilità con lo specifico fondo, tenuto conto degli utilizzi stabiliti ai commi precedenti.

Il comitato regionale, verificata la compatibilità delle domande con la capienza del fondo stesso, stabilirà l'ingresso dei medici interessati con un continuo monitoraggio sull'utilizzo dei fondi.

Successivamente, e comunque non oltre il mese di febbraio 2018, si procederà con lo stesso metodo seguito per la liquidazione delle quote dell'anno 2016, ovvero con la redazione di un prospetto delle richieste già effettuate dai medici per l'adesione al suddetto istituto per l'anno 2017, con le date di richiesta, l'effettivo ingresso negli ospedali di comunità (per l'individuazione delle priorità) ed il conteggio delle quote dovute su base annuale, allo scopo di verificare la compatibilità con lo specifico fondo, tenuto conto degli utilizzi stabiliti ai commi precedenti.

Indirizzi per la corretta applicazione degli istituti soggetti ad incentivazione

Al fine di proseguire il percorso per la migliore organizzazione della medicina generale e, attraverso la stessa, dell'intero sistema delle cure territoriali, occorre favorire lo sviluppo di nuove forme associative/aggregative, obiettivo condiviso già con la stesura dell'AIR 2017, ricordando che questa modalità di esercizio delle attività professionali è una libera facoltà dei medici di medicina generale che pertanto possono esercitare la facoltà di aggregarsi a forme associative già esistenti o di crearne di nuove. L'amministrazione non può che prendere atto della volontà dei medici di aggregarsi e utilizzare tale modalità di esercizio della propria professione. A tal scopo verranno utilizzati appositi format uniformi su tutto il territorio regionale per i medici che intendono accedere a tali modalità di organizzazione della propria professione (allegato). In relazione al riconoscimento delle quote economiche dei previsti incentivi, resta fermo quanto previsto dall'ACN e dall'AIR e cioè che l'accesso al fondo è subordinato alla capienza e agli specifici accordi per la sua attribuzione.

Anche per la parte organizzativa relativa agli orari di apertura dei vari studi di ciascun medico, fermo restando l'obbligo del rispetto di quanto previsto dall'art.36 dell'ACN 2009, si dovrà tenere conto dell'appartenenza alla medicina di gruppo. Resta fermo l'obbligo del medico di comunicazione degli orari di apertura degli studi medici al Distretto e ai cittadini nel rispetto di quanto previsto al comma 1 dell'art.34, e comunque garantendo l'assistenza nell'ambito territoriale di cui all'art. 34 dell'ACN sottoscritto al momento dell'attribuzione delle zone carenti.

PAG
13
AA

I medici che esercitano la loro attività in più studi, sia in forma singola che in forma associata, possono autonomamente suddividere il loro orario tra gli studi, fermo restando l'obbligo di svolgere una quota prevalente pari alla metà delle ore più una del loro orario (es. orario minimo di riferimento 10 ore, quota prevalente 6 ore, orario minimo di riferimento 15 ore, quota prevalente 8 ore), in almeno uno degli studi, permanendo l'obbligo da parte del medico di garantire l'assistenza nell'ambito territoriale di cui al comma 1 dell'art. 34 dell'ACN vigente e quanto stabilito dallo stesso ACN per le forme associative di riferimento. Per la medicina di gruppo lo studio nel quale svolgere la quota prevalente del proprio orario è individuata nella sede della forma associativa.

PARTE 2

Ospedali di Comunità nel sistema della residenzialità di cui agli art. 14 e 15 dell'AIR DGR 751/07 e alla DGR 746 del 18/07/2016 – regolamentazione per le strutture da 10 a 20 posti letto e oltre 20 posti letto

Visti gli art. 14 e 15 dell'AIR DGR 751/07;

Visto l'Accordo di cui alla DGR 746 del 18/07/2016 e fermo restando quanto nello stesso stabilito per le strutture fino a 10 posti letto,

Considerata la necessità di uniformare i comportamenti in tutte le aree Vaste dell'ASUR nelle quali sono in essere Ospedali di Comunità;

Viste anche le particolari potenzialità che le strutture degli Ospedali di Comunità possono offrire allo sviluppo appropriato dell'assistenza territoriale da parte dei Medici di Medicina generale mediante l'organizzazione di Ambulatori Avanzati di medicina generale e cure primarie,

le parti concordano quanto segue.

A – MODULI CON PIÙ DI 10 POSTI LETTO

Al fine di garantire la copertura h.24 delle strutture aventi un numero di posti maggiore di 10, si stabilisce quanto segue:

1 – moduli da 11 a 20 posti letto - per l'erogazione dei servizi già richiamati nella DGR 746/2016, la retribuzione del servizio reso da parte dei medici coinvolti è la seguente:

- Medici di Assistenza Primaria: presenza minima garantita di n. 4 ore giornaliere e n. 8 ore di disponibilità ai sensi dell'accordo di cui alla DGR 746/2016 c. 4, atte a coprire le 12 ore giornaliere (dalle ore 8.00 alle ore 20,00) con un compenso omnicomprensivo (più ENPAM) pari ad euro 220,00 al giorno già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti;
- Medici di Continuità Assistenziale (*I medici garantiscono, oltre all'assistenza all'utenza della postazione, l'assistenza agli ospiti della struttura*): quota oraria aggiuntiva omnicomprensiva pari ad euro 6,00 (più ENPAM) rispetto a quanto previsto dall'ACN per tale categoria, in relazione agli orari in cui è prevista la presenza della CA (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nelle giornate festive e prefestive secondo quanto previsto dagli ACN già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti letto.

2 - moduli da 21 a 30 posti letto - per l'erogazione dei servizi già richiamati nella DGR 746/2016, la retribuzione del servizio reso da parte dei medici coinvolti è la seguente:

- Medici di Assistenza Primaria presenza minima garantita di n. 4 ore giornaliere e n. 8 ore di disponibilità ai sensi dell'accordo di cui alla DGR 746/2016 c. 4, atte a coprire le 12 ore giornaliere (dalle ore 8.00 alle ore 20,00) con un compenso omnicomprensivo (più ENPAM) pari ad euro 250,00 al giorno già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti. Qualora l'assistenza fosse erogata da due medici (4+4 ore di presenza e 8+8 ore di disponibilità), ciascun medico percepirà un compenso pari ad euro 180,00 + ENPAM già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti;
- Medici di Continuità Assistenziale (*l medici garantiscono, oltre all'assistenza all'utenza della postazione, l'assistenza agli ospiti della struttura*): quota oraria aggiuntiva omnicomprensiva pari ad euro 8,00 (più ENPAM) rispetto a quanto previsto dall'ACN per tale categoria, in relazione agli orari in cui è prevista la presenza della CA (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nelle giornate festive e prefestive secondo quanto previsto dagli ACN) comprensivo delle quote già stabilite per il modulo da n.10 e da 10 a 20 posti letto.

3 - Moduli da 31 a 40 posti letto - per l'erogazione dei servizi già richiamati nella DGR 746/2016, la retribuzione del servizio reso da parte dei medici coinvolti è la seguente:

- Medici di Assistenza Primaria – modalità assistenziali come modulo da 21 a 30 posti letto con un compenso omnicomprensivo (più ENPAM) pari ad euro 250,00 al giorno già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti. Qualora l'assistenza fosse erogata da due medici (4+4 ore di presenza e 8+8 ore di disponibilità), ciascun medico percepirà un compenso pari ad euro 200,00 + ENPAM già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti;
- Medici di Continuità Assistenziale (*l medici garantiscono, oltre all'assistenza all'utenza della postazione, l'assistenza agli ospiti della struttura*): quota oraria aggiuntiva omnicomprensiva pari ad euro 12,00 (più ENPAM) rispetto a quanto previsto dall'ACN per tale categoria, in relazione agli orari in cui è prevista la presenza della CA (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nelle giornate festive e prefestive secondo quanto previsto dagli ACN) comprensivo delle quote già stabilite per il modulo da n.10 e da 10 a 20 posti letto.

4 - Moduli da 41 a 50 posti letto per l'erogazione dei servizi già richiamati nella DGR 746/2016, la retribuzione del servizio reso da parte dei medici coinvolti è la seguente:

- Medici di Assistenza Primaria – modalità assistenziali come modulo da 21 a 30 posti letto con un compenso omnicomprensivo (più ENPAM) pari ad euro 250,00 al giorno già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti. Qualora l'assistenza fosse erogata da due medici (4+4 ore di presenza e 8+8 ore di disponibilità), ciascun medico percepirà un compenso pari ad euro 220,00 + ENPAM già comprensivo delle quote stabilite per il modulo da n.10 posti;
- Medici di Continuità Assistenziale (*l medici garantiscono, oltre all'assistenza all'utenza della postazione, l'assistenza agli ospiti della struttura*): quota oraria

PAG
15

AA

aggiuntiva omnicomprensiva pari ad euro 14,00 (più ENPAM) rispetto a quanto previsto dall'ACN per tale categoria, in relazione agli orari in cui è prevista la presenza della CA (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nelle giornate festive e prefestive secondo quanto previsto dagli ACN) comprensivo delle quote già stabilite per il modulo da n.10 e da 10 a 20 posti letto.

6 - Con riferimento alle strutture con più di 30 posti letto, in considerazione del carico assistenziale derivante dal numero di posti letto, i medici operanti al loro interno potranno proporre al Comitato Aziendale l'eventuale aumento della presenza di medici di Continuità assistenziale a copertura dei singoli turni (anche in deroga a quanto stabilito dalla DGR 139 del 22/02/2016), soprattutto in quelle condizioni in cui la complessità delle patologie richiede un particolare monitoraggio delle condizioni dei pazienti ospitati nella struttura residenziale. Il trattamento economico complessivo e l'organizzazione del lavoro sarà suddiviso tra i medici operanti nella struttura durante quel turno.

7 - Qualora negli ospedali di Comunità risultasse impossibile coprire l'assistenza mediante i Medici di Assistenza Primaria, potranno essere reperiti dall'ASUR medici di Continuità Assistenziale. La selezione dei medici dovrà prioritariamente interessare i medici in possesso dei requisiti previsti dall'ACN per il convenzionamento.

8 - I medici registrano l'orario di entrata e di uscita dalla struttura, firmando un apposito registro.

9 - Negli accordi applicativi locali, in base alle necessità territoriali ed alle disponibilità dei medici, saranno regolamentate le modalità dell'assistenza nelle 24h, verificando l'opportunità di affidare il sabato mattina, dalle 8 alle 10 ai medici di Continuità Assistenziale o a medici di Assistenza Primaria, anche in base all'adesione di questi ultimi alla forma di assistenza aggiuntiva di cui all'art. 20 dell'AIR DGR 751/07.

10 - Entro 3 mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo, il Comitato Regionale per la Medicina Generale si impegna ad elaborare un Regolamento di funzionamento delle Strutture Residenziali al fine di rendere il più possibile omogenea la erogazione delle attività assistenziali nelle predette Strutture e favorire il miglior raggiungimento degli indicatori individuati dall' Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza. Al termine del primo anno di applicazione del presente Accordo, detto Regolamento, con le eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie durante questo primo periodo di accompagnamento, dovrà essere adottato per ogni Struttura Residenziale, sentito il Comitato Regionale per la Medicina Generale.

11 - L'Osservatorio Regionale Appropriatezza di cui al vigente AIR DGR 751/07, ai sensi dell'art.20 dell'accordo sugli ospedali di comunità (DGR 746/2016), per il miglioramento continuo dell'assistenza erogata, ha individuato i seguenti indicatori:

INDICATORI DI ESITO

- a) N° dimissioni con rientro domicilio / N° totale dei ricoveri effettuati
(Valuta la qualità del servizio erogato)
- b) N° invii in PS nei primi 3 giorni di ricovero / N° totale dei ricoveri effettuati
(Misura l'appropriatezza del ricovero nel Sistema Residenziale)



7


PAG
16

AA

- c) Tempo intercorso tra dimissione dal Sistema Residenziale e rientro in Ospedale o Sistema Residenziale (*Valuta appropriatezza della dimissione*)

INDICATORI DESTINATI ALL'APPROFONDIMENTO E ALLO STUDIO DELL'OSSERVATORIO PER L'APPROPRIATEZZA

- d) N° Consulenze Specialistiche per ciascuna patologia / N° ricoveri nel Sistema Residenziale
(*Monitoraggio dell'attività - Valuta la capacità di gestire le complicanze*)
- e) N° Farmaci prescritti presenti nel Prontuario Farmaceutico di AV/ N° Farmaci prescritti totali (*Valuta opportunità di apportare modifiche al Prontuario Farmaceutico di AV*)

Al fine di istaurare un percorso virtuoso di miglioramento qualitativo delle prestazioni rese, il presente accordo prevede durante il primo anno di applicazione (fino al 31/12/2018) una fase sperimentale e di rilevazione e monitoraggio degli standard nelle strutture.

Primo anno di applicazione (fino al 31/12/2018)

- 12 - nel primo anno di applicazione sperimentale, i compensi saranno erogati a tutti i medici partecipanti alla gestione degli ospedali di comunità.
- 13 - Entro settembre 2018 le parti si ritroveranno per la valutazione dell'andamento della fase sperimentale e per il proseguimento delle fasi successive dell'accordo
- 14 - durante il primo anno di vigenza dell'accordo (comunque non oltre il 31/12/2018), saranno raccolti i dati e definiti gli standard di riferimento per la loro verifica e la valutazione dell'esito del nuovo modello, attraverso la seguente procedura:
- a - in ciascun ospedale di comunità vengono raccolti i dati relativi agli indicatori per la definizione degli indicatori da parte dei coordinatori infermieristici, sotto la supervisione del Medico coordinatore;
 - b - La Regione e l'ASUR anche mediante il flusso FAR, rileveranno i dati di ciascun ospedale di Comunità, indicando i posti a gestione dei Medici di Medicina Generale. I suddetti dati saranno posti a disposizione dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza e del Comitato regionale per la Medicina Generale;
 - c - l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza individua gli standard per i suddetti indicatori di esito a valenza sperimentale per il primo anno determinando il peso da attribuire a ciascun indicatore sulla base degli indicatori del pool di monitoraggio;
 - d - l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza propone al Comitato Regionale gli standard di cui sopra.
 - e - Il pool di monitoraggio del Distretto di competenza, è l'organismo che deve valutare per ciascun Ospedale di Comunità il grado di raggiungimento degli standard regionali da parte di singoli medici, attraverso la loro contestualizzazione nel territorio, e tenendo conto delle caratteristiche strutturali del singolo Ospedale di Comunità. La verifica è semestrale ed è inviata al direttore di Area Vasta con l'elenco dei medici ed i relativi standard raggiunti con l'eventuale indicazione di azioni gestionali correttive per il miglioramento dell'organizzazione della struttura;
 - f - i pool di monitoraggio invia i suddetti dati all'Osservatorio Regionale per l'appropriatezza che fornisce un apposito report sintetico regionale al Comitato Regionale per la Medicina Generale per eventuali azioni correttive del percorso, secondo i livelli definiti al comma 7 lett.c.

8
AA

PAG
17
AA

15 - Gli incarichi attribuiti ai medici di Continuità Assistenziale nelle strutture degli ospedali di comunità potranno essere semestrali prorogabili per ulteriori sei mesi.

16 - Questo accordo integra e completa quanto già stabilito nell'accordo di cui alla DGR 746/2016. Per tutto quanto non espressamente richiamato, resta valido quanto già stabilito nel suddetto accordo.

17 - Il presente accordo resta valido fino alla sottoscrizione dell'accordo successivo.

PARTE 3

La prospettiva futura: i presidi di assistenza avanzata di medicina generale e delle cure primarie – linee guida e primi indirizzi

Il Presidio di Assistenza Avanzata di Medicina Generale e delle Cure Primarie è una attività assistenziale fornita dai MMG e da altro personale medico e non (specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale di collaborazione) volta alla gestione più appropriata dei bisogni assistenziali, in particolare di quelli delle persone affette da malattie croniche e più complessivamente per la promozione e il mantenimento della salute di tutti i Cittadini secondo un approccio definito "primario", caratterizzato da coordinamento, continuità, presa in carico e accessibilità.

Può essere progettato per offrire prestazioni di primo livello al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione e la capacità di gestire al meglio, da parte del paziente stesso, la propria condizione di malattia ove presente ovvero di mantenimento della propria salute. Rappresenta inoltre un punto di raccordo tra gli utenti, i MMG, gli Specialisti, gli Infermieri, gli assistenti sociali e più in generale di tutti i soggetti operanti nell'ambito dell'assistenza domiciliare coinvolti nel processo assistenziale, in un'ottica di continuità della cura e di realizzazione di reti curanti, attraverso un principio di interdisciplinarietà e multiprofessionalità.

In linea generale, i Presidi di Assistenza Avanzata potranno afferire a strutture del territorio (Distretto, Ospedali di Comunità ecc.) detti "Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale" o autonomamente organizzati dagli MMG mediante le loro forme organizzative complesse e attraverso personale (infermieristico, assistenti sociali, collaboratori, ecc.) dagli stessi medici reclutato (dipendenti o liberi professionisti) detto "Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe"

Tale Presidio dovrà offrire una serie di prestazioni di primo livello, compresa l'educazione sanitaria e informazioni per l'autocura e lo sviluppo della salutogenesi, anche finalizzata a sviluppare una migliore capacità di gestire la propria salute e con essa la malattia cronica.

Tali Presidi, su specifica richiesta e presentazione di un Progetto Assistenziale, potranno essere realizzati anche in quelle forme di Medicina di Gruppo dotate almeno di un Infermiere ed eventualmente di altro personale di collaborazione a qualsiasi titolo presente nella Associazione (Dipendente, Libero Professionista, ecc.). Tale presidio rappresenterà il punto di riferimento delle attività assistenziali della Equipe Territoriale alla quale la Medicina di Gruppo fa parte (Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe)

Lo sviluppo di questa rete di assistenza territoriale rappresenta l'antefatto gestionale per attivare su almeno 4 aree di patologia, percorsi di medicina pro-attiva (BPCO, Diabete, Iperensione, cardiopatia ischemica....) che dovranno essere gestite ordinariamente dai MMG all'interno dei propri studi e per le necessità non ordinarie nei Presidi Avanzati (quelli Territoriali e quelli di Equipe) in collaborazione con medici specialisti, infermieri e assistenti sociali e altro personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi e orientati ai modelli "real life".

Al fine di permettere a tutto il territorio di verificare la fattibilità e le migliori modalità tecniche per l'implementazione di questo modello gestionale si stabiliscono le seguenti linee guida per la formulazione di progetti di presidi Avanzati di Medicina Generale e Cure Primarie e delle loro funzioni.

La progettazione dovrà essere proposta tramite il Direttore di Distretto all' UCAD di riferimento, e realizzata dai MMG anche in collaborazione con le altre figure coinvolte (infermieri, assistenti sociali, Medici Specialisti, ecc.). Le articolazioni zionali dei Comitati Aziendali, autorizzeranno l'avvio anche sperimentale di tali attività. Il Pool di Monitoraggio dovrà essere coinvolto per le relative attività di valutazione e appropriatezza del regime assistenziale erogato da tali strutture

La progettazione, per essere completa e comprensiva di tutti gli aspetti costitutivi del territorio dovrà esaminare tutti i punti di seguito elencati con riferimento alla struttura degli Ospedali di Comunità, alle altre strutture distrettuali e all'Assistenza territoriale degli MMG.

A seguito di tale progettazione potranno essere attivate su base locale specifiche sperimentazioni gestionali con i Medici di Medicina Generale.

FASE I – analisi situazione strutturale e professionale e individuazione potenzialità assistenziali:

- a) Analisi delle disponibilità di strumentazioni tecniche già presenti nella struttura utilizzabili dai MMG secondo specifici accessi;
- b) Verifica della presenza degli specialisti dipendenti a disposizione della struttura per specifici ambulatori dedicati a prenotazione diretta dei medici di Assistenza Primaria per prime diagnosi e relativa riduzione codici bianchi al pronto soccorso;
- c) Verifica della presenza degli specialisti ambulatoriali interni di cui prevedere la presenza per specifici accessi "distrettuali decentrati";
- d) Analisi dell'eventuale possesso di specialità universitarie da parte di MMG che potrebbero fornire prestazioni libero-professionali nel rispetto di quanto previsto dal vigente ACN;
- e) Analisi delle specifiche necessità territoriali della popolazione assistita ed identificazione di eventuali opportunità di alcuni ambulatori avanzati orientati alle specifiche problematiche o per patologia;
- f) Analisi della situazione degli associazionismi medici e delle équipes territoriali afferenti alle diverse strutture e dei possibili raccordi e potenzialità da sviluppare mediante gli ambulatori avanzati orientati alle specifiche problematiche o per per patologia;

- g) Analisi di eventuali Ruoli aggiuntivi da affidare ai medici della Continuità Assistenziale negli orari di servizio o in orari aggiuntivi dedicati e degli eventuali raccordi con i Medici di Assistenza Primaria;
- h) Analisi delle specifiche strumentazioni da porre a disposizione dei MMG per ambulatori avanzati orientati alle specifiche problematiche o per patologia e per approfondimenti aggiuntivi non specialistici (spirometro, ecografo...);
- i) Analisi sulla possibilità di inserire assistente sociale/ psicologo o altre professionalità distrettuali per specifici accessi periodici nella struttura;
- j) Analisi dell'informatizzazione della struttura per il fascicolo sanitario elettronico, la produzione di ricette dematerializzate, le prenotazioni dirette al CUP, la distribuzione diretta dei farmaci o altro;
- k) Analisi dei raccordi con le altre strutture di ricovero dell'Area Vasta, delle aziende ospedaliere, delle altre strutture residenziali di afferenza della medicina generale e redazione di specifici protocolli di raccordo;
- l) Analisi disponibilità infermieristiche per particolari prestazioni da erogare sotto la diretta responsabilità del curante (trasfusioni, fleboclisi di ferro, medicazioni varie ecc - DA ELEN CARE E DETTAGLIARE) – per queste specifiche prestazioni è necessario concordare con tutte le categorie coinvolte, protocolli terapeutici che garantiscano l'appropriatezza.

FASE II – sintesi e organizzazione ambulatori avanzati ed eventuali ambulatori dedicati

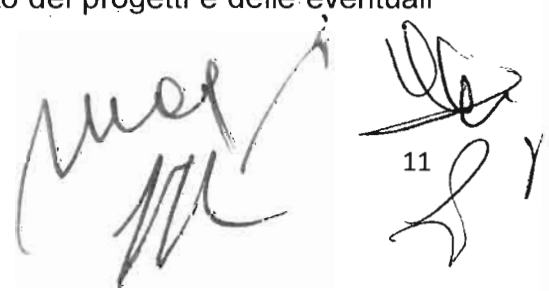
- 1) proposta organizzativa dell'ambulatorio avanzato, se necessario anche inserito nella progettazione complessiva dell'ospedale di comunità redatta dai responsabili di Distretto;
- 2) formalizzazione del precedente punto 1) e di eventuali ulteriori atti e documenti necessari al buon funzionamento dell'organizzazione;
- 3) obiettivi da perseguire e concordare con il pool di monitoraggio distrettuale

FASE III – verifica e controllo (almeno ogni sei mesi)

- A) controllo dell'effettivo e regolare funzionamento di tutta la struttura da parte della Direzione del Distretto con particolare riferimento ai raccordi e definizione delle competenze tra le varie professionalità e ruoli i diversi ruoli degli operatori, con eventuali azioni correttive.
- B) verifica applicazione obiettivi su indicatori di esito degli ospedali di Comunità e verifica del raggiungimento in sede di monitoraggio da parte della Direzione del Distretto e nel Pool di monitoraggio con eventuali azioni correttive inerenti la struttura e il comportamento dei medici e dei sanitari di riferimento.

L'avvio di percorsi di cura di "medicina pro-attiva" potrà prevedere la trasformazione di incentivazioni presenti nell'AIR 2007 (forma di assistenza aggiuntiva) anche sulla base delle disponibilità definite dalla contrattazione Nazionale e Regionale per lo sviluppo di tali attività di presa in carico.

In un prossimo accordo saranno stabiliti in modo più dettagliato le modalità di accesso e i compensi per i suddetti ambulatori avanzati, anche a seguito dei progetti e delle eventuali sperimentazioni concordate su base locale.



PAG
20

A scopo esemplificativo si rappresenta una ipotesi di progetto sperimentale inerente un ambulatorio avanzato con collaborazione infermieristica sotto il coordinamento del MMG.

Prestazioni erogabili: Medicazione ferite infette, non infette, ulcere vascolari (venose, arteriose, miste, diabetiche), lesioni della cute, utilizzo di device (T.P.N.) e indicazioni su T.P.N. a domicilio, rilevazione dei parametri vitali: misurazione pressione arteriosa, frequenza cardiaca, glicemia con dtx; misurazione e monitoraggio del peso corporeo; gestione del catetere vescicale; assistenza fleboclisi; somministrazione di terapia intramuscolare; somministrazione di terapia sottocutanea; somministrazione di terapia endovenosa; rimozione dei punti di sutura; medicazione catetere venoso centrale. Medline, P.E.G.; posizionamento S.N.G.; medicazione tracheo-uro- ileo-colonstomia e cambio del sacchetto di raccolta; gestione primo livello terapia del dolore; esecuzione di emotrasfusione

Ancona, 27 NOVEMBRE 2017

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA' Dott.ssa Lucia Di Furia 	IL SEGRETARIO REGIONALE FIMMG Dott. Massimo Magi 
IL DIRIGENTE DELLA P.F. RISORSE UMANE E FORMAZIONE Dott. Rodolfo Pasquini 	IL SEGRETARIO REGIONALE SNAMI Dott. Fabrizio Valeri
IL DIRETTORE GENERALE DELL'ASUR Dott. Alessandro Marini 	IL SEGRETARIO REGIONALE SMI Dott. Nicola Colonna
	IL SEGRETARIO REGIONALE INTESA SINDACALE Dott. Alfredo Marsili

IL PRESIDENTE
DELLA REGIONE MARCHE
Dott. Luca Ceriscioli

Per presa visione ed impegno alla attuazione locale:

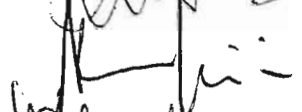
IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA 1




IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA 2



IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA 3



IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA 4



IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA 5

