AUSLUMBRIA1 - ASLUMBRIA1
GEN 0105105 del 01/08/2017 - Entrata
Firmatari: Nera Bizzarri (2674758)
Impronta informatica: 795d9e392a8f74506399546561148 8e49d6659717fb2c2fd63f88c21b87d71d8
Sistema Protocollo - Riproduzione cartacea di originale firmato digitalmente

001.001.004

DG
0

03 AGO. 2017

DS
DISTRETTI
Dr Tobia
Dr Brodelli
Dr Bruffoletti
Dr Perione

Regione Umbria
Giunta Regionale

Direttore Generale
Azienda USL Umbria n. 1
aslumbria1@postacert.umbria.it

Direttore Generale
Azienda USL Umbria n. 2
aslumbria2@postacert.umbria.it

016115

IL DIRETTORE GENERALE
Azienda U.S.L. Umbria n° 1
Dott. Andrea Casciari
01-08-2017

Oggetto: Invio DGR n.903 del 28/07/2017. Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017 – Accordo Integrativo Regionale medicina generale 2017.

GIUNTA REGIONALE

Direzione Regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane

Servizio programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale

Dr.ssa Nera Bizzarri

REGIONE UMBRIA
Via Mario Angeloni, 61
00124 PERUGIA

TEL. 075 504 5279
FAX 075 504 5569

nbizzarri@regione.umbria.it

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

Per opportuna conoscenza nonché per i relativi adempimenti di competenza si invia, in allegato alla presente nota, copia della Deliberazione in oggetto esecutiva ai sensi di legge, in corso di pubblicazione nel B.U.R. della Regione.

Alla deliberazione di cui trattasi sono allegati, quali parte integrante e sostanziale, sia il verbale del Comitato Regionale dei medici di medicina generale che l'Accordo Integrativo Regionale 2017.

Con l'occasione si inviano cordiali saluti.

Il Dirigente
Dr.ssa Nera Bizzarri

DISTRETTO DEL PERUGINO
ARRIVO
-3 AGO 2017
Prot. N. 1.6.16

FF/ff
Nota-AzUSL-1.2
Invio-DGR903_2017
e-allegati

Comitato Regionale Medici di Medicina Generale di cui all'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

VERBALE 24 LUGLIO 2017

Il giorno giovedì 24 luglio 2017 alle ore 12:00 presso la sede della Direzione Regionale Salute, si è riunito, su convocazione del Presidente, il Comitato Regionale Medici di Medicina Generale per discutere il seguente O.d.G.:

1) Presentazione ipotesi bozza Accordo integrativo regionale medici medicina generale.

Sono presenti:

Assessore alla Salute Luca Barberini Dr. Walter Orlandi Direttore Regionale Salute Welfare, Organizzazione e risorse umane in qualità di Presidente. Assiste con funzioni di segretario verbalizzante Fabio Feliciotti – responsabile Posizione di supporto personale convenzionato del S.S.R..

In rappresentanza delle Aziende UU.SS.LL. della Regione:

Annalisa Fabbri	Azienda USL Umbria n. 1
Alfredo Budelli	Azienda USL Umbria n. 1
Pietro Manzi	Azienda USL Umbria n. 2
Anna Rita Ianni	Azienda USL Umbria n. 2

In rappresentanza delle OO.SS. dei medici di medicina generale:

Sabatino Orsini Federici	Componente effettivo
Leandro Pesca	....."....."
Leonardo Piselli	....."....."
Simonetta Centurione	....."....."
Vincenzo Del Genio	....."....."
Marco Caporali	....."....."
Luigi Graziani	....."....."
Andrea Nicasi Zanetti	....."....."....supplente
Maurizio Lucarelli	....."....."....supplente

Risultano assenti:

In rappresentanza della Regione Umbria:

Gianni Giovannini	Componente effettivo
Nera Bizzarri	....."....."

In rappresentanza delle Aziende UU.SS.LL. della Regione:

Andrea Casciari	Azienda USL Umbria n. 1
Doriana Sarnari	Azienda USL Umbria n. 1
Pasquale Parise	Azienda USL Umbria n. 1
Imolo Fiaschini	Azienda USL Umbria n. 2
Pietro Manzi	Azienda USL Umbria n. 2

In rappresentanza delle OO.SS. dei medici di medicina generale:

Marcello Ronconi	Componente effettivo

Assiste con funzioni di segretario verbalizzante Fabio Feliciotti.

Punto all'O.d.G: Accordo Integrativo Regionale medici medicina generale.

Apre la riunione il Direttore Regionale alla Salute il quale, illustra ai presenti i punti salienti e le modifiche, apportate al documento rispetto alle versioni precedenti.
Tale Accordo, redatto dai Servizi regionali competenti in collaborazione con le Aziende UU.SS.LL. della Regione, ha richiesto un attento ed approfondito esame ed ha recepito, nel suo complesso, anche le indicazioni prodotte dalle OO.SS. di categoria.
In sintesi nell'Accordo Integrativo Regionale 2017 si stabilisce la nuova organizzazione della medicina territoriale che eroga l'assistenza attraverso la nuova forma organizzativa denominata Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) prevedendo:

- che ogni AFT dovrà garantire l'assistenza a un bacino di utenza non superiore a 30.000 assistibili e l'apertura dell'ambulatorio H12 con orario 8-20, il sabato e il prefestivo dovrà essere prevista attività ambulatoriale per almeno 6 h, dalle 8:00 alle 14:00, negli orari di chiusura delle AFT l'assistenza sarà garantita dai medici della continuità assistenziale;
- la piena integrazione dei medici di continuità assistenziale con i medici di assistenza primaria attraverso la organizzazione delle aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) rispetto ai nuclei di AP e CA precedentemente previsti all'interno delle equipe territoriali;
- la novità inerente al personale infermieristico che la Regione ha deciso di mettere a disposizione delle AFT nel particolare 2 unità infermieristiche per ogni AFT, preposte in primis ai fini del piano regionale cronicità;
- l'impegno strategico di eliminare la percentuale massima di accesi in ADI;
- l'estensione dal 6% al 10% degli assisti regionali per cui possa essere assunto, da parte del medico di medicina generale, l'infermiere professionale finalizzato all'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- il graduale aumento di orario settimanale da H. 24 ad H. 38 per i medici di continuità assistenziale facenti parte delle AFT al fine di una vera continuità assistenziale attraverso la presa in carico dell'assistito, vedi dimissioni ospedaliere protette, piano cronicità e ADI.

Detto ciò chiede alle OO.SS. di intervenire sull'argomento.

La O.S. FIMMG apprezza l'impegno messo in campo dalla Regione al fine di riorganizzare la medicina territoriale, rappresenta la necessità di una modifica idonea a migliorare il sistema informativo della medicina generale. Tutti i medici delle AFT devono condividere le informazioni cliniche dei pazienti altrimenti le stesse non potrebbero svolgere adeguatamente l'attività e i compiti previsti dall'Accordo Integrativo Regionale. Inoltre la quota di percentuale di assistiti, riferita all'infermiere professionale, dovrebbe aumentare fino al 12% altresì, l'incentivo economico per l'attività informatica del medico, considerato che si ritiene disponibili anche per la stampa dei referti medici, dovrebbe aumentare fino ad €5,00 ad assistito. E' d'accordo con il Direttore Regionale di monitorare periodicamente l'Accordo Integrativo al fine di apportare eventuali modifiche migliorative dello stesso.
La O.S. SMI dichiara che i medici della continuità assistenziale che fanno parte delle AFT, per i compiti a loro attribuiti, dovrebbero essere maggiormente incentivati. Deve essere garantita la vera integrazione dei medici d continuità assistenziale con i medici a ciclo di fiducia. Inoltre sarebbe necessario che ogni AFT disponga di un proprio centralino per la ricezione delle chiamate degli utenti, le AFT dovrebbero espletare anche la funzione dei CUP. Altra osservazione sarebbe auspicabile che all'interno delle AFT sia impedito il cambio del medico da parte dell'assisto come già previsto per la medicina di gruppo.
La O.S. Intesa Sindacale (CGIL Medici CISL medici), esaminato il documento condividono lo stesso prevedendo, ovviamente, di apportare le eventuali migliorie necessarie sulle problematiche che inevitabilmente sui verranno a creare nelle prime fasi di attuazione ed auspicano un maggior impegno economico da parte della Regione in particolare per l'attività informatica e per quella che devono espletare i coordinatori di assistenza primaria e continuità assistenziale.
Il Direttore Sanitario dell'Azienda USL Umbria n. 2 propone che sia utile, oltre che necessario, istituire un tavolo tecnico congiunto tra tutte le Aziende al fine di dare avvio alla nuova organizzazione territoriale e monitorarne, periodicamente, l'andamento con la finalità di intervenire prontamente qualora vi siano delle criticità da risolvere.

Prende la parola l'Assessore alla Salute il quale ringrazia le OO.SS. per la loro collaborazione, prende atto delle ulteriori richieste economiche rappresentate dalle OO.SS. ma, allo stato attuale, l'impiego delle risorse economiche che il FSN ha assegnato alla Regione Umbria è stato completamente riversato in tale accordo. Nel corso dell'anno 2018 avremo più chiaro di come procede il modello organizzativo in questione, tenendo sempre presente quello che sarà previsto dal nuovo ACN in materia ed eventualmente, se saranno reperite altre risorse, queste verranno investite sulla medicina del territorio.

Detto ciò, la Parte pubblica informa le Organizzazioni Sindacali di categoria che in data odierna verrà inviato alle predette OO.SS., a mezzo posta elettronica, il documento inerente all'Accordo Regionale in questione ai fini di avanzare eventuali osservazioni migliorative sullo stesso.
Per quanto sopra espresso la parte Pubblica, e le OO.SS. di categoria, decidono di rivedersi in data 27 luglio 2017, entro le ore 12:00, per la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale 2017 concernente la nuova riorganizzazione della medicina territoriale che, allegato al presente verbale, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Perugia, 24/07/2017.

Il Presidente
Dr. Walter Orlandi

Il Segretario verbalizzante
Fabio Feliciotti

COD. PRATICA: 2017-001-927

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 903 SEDUTA DEL 28/07/2017

OGGETTO: Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale).

		PRESENZE
Marini Catiuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Assente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

Presidente: **Catiuscia Marini**

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

L'atto si compone di 6 pagine
Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:
VerbComitatoRegMMG_24_luglio2017-1 (003).
accordo.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **"Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)."** e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini.
Preso atto:
a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;
Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;
Visto il Regolamento interno di questa Giunta;
A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1) di approvare il verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017 e l'Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale) che, allegati alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale uniti al presente atto;
2) di trasmettere il presente atto alle Aziende USL della Regione ai fini della sua pratica attuazione;
3) -di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel sito istituzionale della Regione ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs 33/2013;
4) -di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale).

L'accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei medici di medicina generale del 23/0372005 e,s.m.i., all'art.4 prevede che gli accordi regionali di cui al D.Lgs. n.502/92 e,s.m.i. definiscono le attività svolte dai medici di medicina generale.
L'art.26 bis dello stesso A.C.N. prevede, che la Regione con la partecipazione delle OO.SS. firmatarie dello stesso A.C.N., individui le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sulla base di criteri definiti dallo stesso art. 26 bis.
Il Comitato Regionale dei medici di medicina generale, nella seduta del 24/07/2017, con la partecipazione delle OO.SS. di categoria ha approvato il nuovo assetto organizzativo della medicina territoriale prevedendo la istituzione, da parte delle Aziende UU.SS.LL., delle nuove forme organizzative della medicina generale denominate Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) per la quale è prevista la forte e decisa integrazione della continuità assistenziale all'interno di dette nuove forme organizzative.
La AFT è composta da un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria, la popolazione assistita non dovrà essere, per ogni AFT, non superiore a 30.000.
La AFT ha lo scopo di:

a) assicurare, a tutta la popolazione in carico ai MMG che compongono l'AFT, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), inclusa l'assistenza ai turisti con il pagamento della relativa quota prevista per la visita;
b) partecipare all'implementazione di attività di prevenzione sulla popolazione, ivi comprese le campagne vaccinali (vengono confermati, salvo diverso Accordo Regionale, i termini dell'accordo 2016 per le campagne antiinfluenzale e anti-pneumococcica - chiamata attiva per la coorte dei 65 enni) secondo le direttive del Piano Nazionale Vaccini, coordinandosi con i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti e altri servizi previsti a livello regionale, favorendo l'engagement della persona con cronicità e la promozione di corretti stili di vita che coinvolgano tutta la popolazione;
c) aderire ai programmi di sanità d'iniziativa organizzati a livello di Distretto, Azienda USL e Regione;
d) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico della persona, in particolare i pazienti fragili ed in dimissione protetta, anche in collegamento con le Centrali Operative Territoriali (COT) di cui al punto 2.11 del presente Accordo e successivamente con la istituenda rete del Numero Unico Europeo 116117;
e) attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
f) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
g) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della medicina di genere;
h) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based e slow medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;

i) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review e Audit;
j) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse alla luce dei principi di efficienza e di efficacia;
k) garantire, al fine della continuità delle cure, l'integrazione con le strutture ospedaliere e di raccordo con il sistema di emergenza urgenza;
l) offrire, ove possibile, diagnostica di primo livello, utilizzando le professionalità dei medici che fanno parte dell'AFT. Tali prestazioni dovranno essere regolamentate da specifici accordi aziendali;
m) aderire ai programmi regionali di telemedicina (teleassistenza, tele-monitoraggio).

Al termine dei lavori, l'Accordo Integrativo Regionale, è composto da 13 pagine e da n. 2 dichiarazioni a verbale ed è stato sottoscritto, dalla parte pubblica e dalle OO.SS. di categoria firmatarie dell'A.C.N. vigente, in data 27/07/2017 (gli originali sottoscritti dalle parti sono conservati agli atti di ufficio).
Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare il verbale del Comitato regionale dei medici di medicina generale del 24/07/2017 che unitamente all'Accordo Integrativo Regionale 2017 vengono uniti, quali parte integrante e sostanziale al presente documento istruttorio;
2. di trasmettere il presente atto alle Aziende USL della Regione ai fini della sua pratica attuazione;
3. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale della Regione Umbria, ai sensi dell'art.12 del D.Lgs. n. 33/2013;
4. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria.

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 27/07/2017

Il responsabile del procedimento
Fabio Feliciotti

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;
Visto il documento istruttorio;
Atteso che sull'atto è stato espresso:
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
-

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 27/07/2017

Il dirigente del Servizio
Programmazione socio-sanitaria
dell'assistenza distrettuale

Nera Bizzarri
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,
esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 27/07/2017

IL DIRETTORE
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE
- Walter Orlandi
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Barberini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 27/07/2017

Assessore Luca Barberini
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

1. Quadro di riferimento

I dati epidemiologici evidenziano che l'Italia è uno dei paesi più "vecchi" d'Europa e l'Umbria si colloca tra le Regioni con un indice di popolazione ultrasessantacinquenne tra i più elevati d'Italia, in coda solo a Liguria, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

In tale contesto i dati statistici mostrano come in Umbria si registri una percentuale inferiore rispetto al dato nazionale per le persone in buono stato di salute (66,9% contro 70,1%)e una percentuale superiore per quanto riguarda le persone affette da almeno una patologia cronica (43,6% contro 39,1%) e da almeno due patologie croniche (25,3% contro 20,7%).

Si calcola che in un futuro prossimo tali valori subiranno un notevole incremento, con conseguente aumento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche, cui la sanità regionale è destinata ad offrire risposte assistenziali adeguate in un quadro di sostanziale parità di finanziamento. Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.
Ciò impone, in prospettiva, di ripensare l'organizzazione sanitaria, favorendo una maggiore integrazione ospedale e territorio e potenziando il sistema delle cure primarie. Per tale finalità dovrà essere valorizzato il ruolo della Medicina Generale, che, in collaborazione con gli altri attori del sistema, dovrà garantire l'aderenza ai programmi di prevenzione, la effettiva presa in carico del paziente ed il passaggio al modello della medicina di iniziativa.

Tale scelta strategica, avvalorata dai più recenti interventi normativi e di programmazione adottati a livello nazionale, implica una profonda riorganizzazione della rete dei servizi territoriali.

L'attuale modello dell'organizzazione della medicina generale e della continuità assistenziale deve essere senz'altro superato e migliorato nel rispetto della normativa contrattuale dell'ACN e degli accordi regionali e aziendali vigenti. I modelli già previsti a livello normativo e contrattuale, già contenuti in alcuni documenti di programmazione regionale sono la previsione sull'intero territorio regionale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali mono professionali (AFT) e, a tendere, le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP).

Il presente Accordo, ai sensi dell'ultimo ACN, della L. 189/2012 e del Patto per la Salute di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e PP.AA. del 10 luglio 2014 (rep. atti n. 82/CSR), intende disciplinare i rapporti tra le parti per realizzare tali nuove forme associative, a cominciare dalle AFT, per poi avviare a livello sperimentale la costituzione anche delle UCCP.

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

2. L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

2.1. Definizione

Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012 n. 189, sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell' ACN. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

L'AFT è composta da medici a rapporto di fiducia e da medici a rapporto orario, in base ai seguenti criteri:

- riferimento all'ambito di scelta;
- popolazione assistita di norma non superiore a 30.000 e numero di medici (MMG) non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria (C.A.).
- individuazione di una sede di riferimento (uno studio di medicina di gruppo, una sede della Usl idonea ad ospitare le diverse figure professionali).

Le Aziende USL potranno prevedere in relazione alla densità abitativa, alle realtà territoriali montane (condizioni oro-geografiche) deroghe ai parametri sopra riportati, tali comunque da garantire la completa copertura assistenziale, anche nelle aree più disagiate del territorio regionale.

L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni di medicina generale a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.
I medici di medicina generale (AP e CA) partecipano obbligatoriamente alle AFT (art. 26 bis ACN in vigore).

2.2. Individuazione

Le Aziende USL elaborano una proposta di individuazione delle AFT, sulla quale il comitato per la MG di cui all'art 23 dell' ACN, esprime parere.
L'AFT, dalla data della sua istituzione, potrà ricomprendere una o più forme associative costituitesi, nel rispetto di quanto previsto all'art. 54 del vigente ACN e dagli accordi regionali. I MMG che ne fanno parte saranno comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative dalla normativa nazionale e regionale vigente e mantengono lo stato giuridico organizzativo.

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

Fino alla stipula del nuovo ACN nuove forme associative di medicina di gruppo potranno costituirsi nel rispetto di quanto sopra riportato e dotarsi di collaboratore di studio e/o infermiere nel rispetto di quanto disposto con specifici accordi regionali. L'attuale limite di budget inerente il personale infermieristico riferito alla forma associativa medicina di gruppo, viene elevato al 10% degli assistibili in carico in ogni singola azienda.

I medici che compongono l' AFT eleggono tra loro un Coordinatore. L'Azienda Sanitaria recepisce tale nomina con Delibera del Direttore Generale.
I medici di CA, fino all'entrata in vigore del nuovo ACN mantengono il diritto di eleggere un proprio referente per espletare funzioni di coordinamento tipiche del servizio di CA (calendario turni, organizzazione della reperibilità e riunioni nucleo).

2.3 Funzioni e attività

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del Programma delle Attività Territoriali (PAT) coerente con la programmazione regionale e aziendale.
Fermo restando i compiti del singolo medico e la individualità del rapporto di fiducia, le attività dell' AFT sono organizzate dal gruppo stesso, nell'ambito di quanto stabilito nel suindicato PAT, in modo da garantire, in sinergia con le altre figure professionali, un'offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.
Compete all'AFT la tutela della salute della popolazione di riferimento.
In particolare l'AFT deve garantire le seguenti funzioni e attività:

- assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale a favore della popolazione in carico ai MMG che la compongono;
- applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche;
- interrelazione con tutti i professionisti del sistema sanitario (dipartimenti e strutture territoriali e ospedaliere) e con l'area socio-assistenziale, al fine di assicurare la continuità di cura agli assistiti, con particolare riferimento ai percorsi post dimissioni ospedaliere.

In maniera più specifica i compiti dell' AFT sono:

a) assicurare, a tutta la popolazione in carico ai MMG che compongono l'AFT, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), inclusa l'assistenza ai turisti con il pagamento della relativa quota prevista per la visita;
b) partecipare all'implementazione di attività di prevenzione sulla popolazione, ivi comprese le campagne vaccinali (vengono confermati, salvo diverso Accordo Regionale, i termini dell'accordo 2016 per le campagne antiinfluenzale e anti-pneumococcica - chiamata attiva per la coorte dei 65 enni) secondo le direttive del Piano Nazionale Vaccini, coordinandosi con i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti e altri servizi previsti a livello regionale, favorendo l'engagement della persona con cronicità e la promozione di corretti stili di vita che coinvolgano tutta la popolazione;
c) aderire ai programmi di sanità d'iniziativa organizzati a livello di Distretto, Azienda USL e Regione;

d) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico della persona, in particolare i pazienti fragili ed in dimissione protetta, anche in collegamento con le Centrali Operative Territoriali (COT) di cui al punto 2.11 del presente Accordo e successivamente con la istituenda rete del Numero Unico Europeo 116117;
e) attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
f) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
g) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della medicina di genere;
h) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based e slow medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
i) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review e Audit;
j) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse alla luce dei principi di efficienza e di efficacia;
k) garantire, al fine della continuità delle cure, l'integrazione con le strutture ospedaliere e di raccordo con il sistema di emergenza urgenza;
l) offrire, ove possibile, diagnostica di primo livello, utilizzando le professionalità dei medici che fanno parte dell'AFT. Tali prestazioni dovranno essere regolamentate da specifici accordi aziendali;
m) aderire ai programmi regionali di telemedicina (teleassistenza, telemonitoraggio).

I medici di cure primarie dovranno aderire ai progetti di collegamento funzionale mediante una piattaforma informatico-telematica, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati e che consenta:
a) l'accesso, ad ogni medico della AFT, compresi titolari di convenzione a quota oraria (C.A.), alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure;
b) ad ogni medico la valutazione del proprio operato ed il confronto con gli altri medici delle perfomance individuali, in un'ottica di peer-review;
c) l'estrazione di dati di attività per la valutazione complessiva e la programmazione dei percorsi assistenziali da garantire alla popolazione di riferimento dell'AFT in accordo con gli obiettivi del Distretto.
La valutazione dei risultati raggiunti a livello individuale secondo indicatori stabiliti negli accordi integrativi Regionali ed Aziendali costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

2.4. Composizione e caratteristiche

L'AFT è composta da medici di Assistenza Primaria e da medici di Continuità Assistenziale. La popolazione assistita non dovrà essere superiore ai 30.000, salvo quanto stabilito al punto 2.1 del presente Accordo. E' composta da un numero di medici di un ambito territoriale non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.
Vengono estesi all'AFT i criteri di scelta e revoca del medico da parte del cittadino previsti dall'Accordo Integrativo Regionale per la medicina di gruppo.
Ogni AFT dovrà garantire l'attività ambulatoriale h 12 con orario 8-20. Il sabato e prefestivo dovrà essere prevista attività ambulatoriale per almeno 6 h, dalle ore 8.00 alle ore 14.00, garantita dai medici a rapporto orario. L'attività ambulatoriale può essere espletata in unica sede o in due distinte sedi, in questa seconda ipotesi con apertura di 6 ore per ciascuna sede. A tal fine dovrà essere predisposto mensilmente un calendario in cui siano riportate le aperture giornaliere nella/e sede/i, da esporre in tutti gli ambulatori dei medici dell'AFT, per l'opportuna informazione ai cittadini di riferimento. Per le sedi ambulatoriali sono da privilegiare l'utilizzo dei Centri di Salute o di Case della Salute.
I medici a ciclo di fiducia che percepiscono l'indennità prevista dall'art. 45 A.I.R. di cui alla D.G.R. n. 456 del 17.04.2002 dovranno assicurare la disponibilità di un'ulteriore ora settimanale di attività ambulatoriale.
Nel caso in cui permanga la necessità di orario aggiuntivo, per garantire l'apertura ambulatoriale h12 devono essere impiegati a rotazione i medici della AFT secondo il seguente ordine di priorità:
1. medici titolari del solo rapporto di CA (anche attraverso un incremento orario fino a 38 ore settimanali);
2. medici titolari di AP con scelte inferiori a 800;
3. medici con doppio incarico (AP e CA);
4. medici di AP con scelte superiori a 800.

Il compenso economico per ogni ora di servizio, nel caso in cui si dovranno incaricare i medici di cui ai precedenti punti 1, 2, 3 e 4 è quello previsto per i medici a rapporto orario (compenso base).
Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentito il Comitato Aziendale, in base ad uno schema tipo stabilito a livello regionale. Con deliberazione del Direttore Generale della ULS, in funzione delle esigenze della AFT, rappresentate dal Coordinatore e dal Direttore del Distretto, i medici a rapporto orario passeranno progressivamente da 24 a 38 ore settimanali. L'integrazione oraria verrà attribuita al medico con maggiore anzianità di titolarità di CA in ambito AFT, a parità di anzianità prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e, infine, l'anzianità di laurea.
L'attività dei medici a rapporto orario dovrà essere in maniera prioritaria destinata a garantire la copertura oraria dell' AFT nella misura sopracitata, nonché indirizzata alla medicina di iniziativa, alla presa in carico di assistiti ricoverati in strutture di cure intermedie, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti cronici, in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi

terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri ai Pronto Soccorso ospedalieri.
Il Coordinatore delle AFT e il Direttore del Distretto dovranno proporre un piano annuale di organizzazione che dovrà essere deliberato dalla Direzione Aziendale, sentito il Comitato Aziendale.

2.5 Criteri selezione per i medici dell'ex C.A.

Il medico a doppio incarico, fermo restando la garanzia della titolarità di incarico a rapporto orario, entrerà di norma a far parte dell 'AFT dove detiene il rapporto a ciclo di fiducia. I medici titolari del solo incarico di CA entreranno di norma nell' AFT dove svolgono attività di servizio.

2.6. Il coordinatore dell'AFT

Il Coordinatore dell 'AFT è eletto a scrutinio segreto dai medici componenti l' AFT tra coloro che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio nell'ambito dell'assistenza primaria.
Il Coordinatore individuerà il suo sostituto, che eserciterà le funzioni vicarie in caso di impedimento temporaneo prolungato (non oltre sei mesi) del titolare.
L'incarico è annuale ed è rinnovabile per un massimo di 2 volte. Condizione indispensabile per il rinnovo è la verifica da parte del Direttore Generale del raggiungimento degli obiettivi annualmente assegnati.
Il Direttore Generale dell'Azienda USL ratifica la designazione e valuta annualmente l'operato del Coordinatore dell'AFT in relazione al conseguimento degli obiettivi e dei livelli di performance raggiunti. A tal fine il Coordinatore redige annualmente apposita dettagliata relazione.
Nel corso del mandato:

1. assicura il coordinamento organizzativo con il Distretto e promuove l'integrazione professionale dei componenti la AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali nel rispetto degli obiettivi assegnati;
2. rappresenta i medici dell'AFT nei rapporti con il Distretto, con i Presidi ospedalieri di riferimento e con l'Azienda;
3. favorisce l'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi, in particolare nella garanzia di continuità ospedale/territorio;

4. è responsabile, per quanto attiene la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire la continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con le altre AFT, coordinandosi con il Distretto;
5. è responsabile del coordinamento delle attività dei medici componenti la AFT;
6. promuove e facilita l'adozione da parte di tutti i medici della AFT di comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

2.7. Il sistema informativo dell'AFT

La Regione o le Aziende devono mettere a disposizione delle AFT e delle sedi di CA un sistema informativo/informatico con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale, compatibile con i software riconosciuti in uso ai MMG, senza nessun onere aggiuntivo da parte degli stessi.
Il sistema in rete dovrà consentire, oltre ad assolvere agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti nazionali, regionali ed aziendali, la condivisione di informazioni cliniche inizialmente all'interno dell'AFT, successivamente con gli altri livelli clinici delle Aziende Sanitarie Territoriali e Ospedaliere, nel rispetto della normativa sulla privacy.
Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e i medici della AFT avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego di posta elettronica aziendale ed eventuali ulteriori strumenti di comunicazione (es. messaggistica istantanea).
Dovrà essere garantita la continuità dell'assistenza anche mediante la ricetta dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale dell'assistito, da trasmettere al fascicolo sanitario elettronico (FSE), con le modalità previste dal Progetto sanità elettronica di cui all'AIR approvato con DGR n. 404 del 15.04.2014, il quale sarà oggetto di successivi aggiornamenti concordati. I medici delle AFT dovranno accedere alle informazioni clinico/sanitarie degli assistiti contenute in una cartella clinica ambulatoriale condivisa nel pieno rispetto della normativa a tutela della privacy secondo quanto stabilito al punto 2.3.

2.8. Riduzione dei tempi di attesa

L'Azienda Unità Sanitaria locale, nell'ambito degli accordi decentrati aziendali, al fine di ottimizzare l'erogazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche di primo livello con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa, individua nell'ambito delle AFT, i medici, le apparecchiature, i locali idonei a soddisfare tali esigenze.
In ogni USL è istituito l'elenco dei medici idonei ad erogare tali prestazioni, sulla base dell'acquisita professionalità richiesta, del possesso di idonea strumentazione e di locali adeguati, in conformità alla normativa regionale in materia di autorizzazioni sanitarie.
Tali prestazioni verranno remunerate secondo le tariffe stabilite con appositi accordi regionali.

Nella sede della AFT può essere previsto un Punto CUP per la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per la lettura dei referti online etc., con un operatore specificatamente dedicato, messo a disposizione dalla Regione.

2.9 Organizzazione AFT

In ogni Azienda dovrà essere effettuata una ridefinizione dell'organizzazione dei Punti di Guardia della Continuità Assistenziale, anche in relazione alla popolazione assistita e alla distribuzione delle forme Associative della Medicina Generale, al fine di elaborare un programma realizzativo delle AFT a livello Aziendale il più rispondente alle necessità assistenziali degli utenti. Il Programma proposto dovrà essere discusso in sede di Comitato Aziendale.
Le Aziende USL nella determinazione della nuova riorganizzazione dovranno definire la composizione delle AFT considerando l'attuale presenza capillare nei Distretti dei Nuclei di assistenza Primaria (NAP) e tenendo conto della distribuzione territoriale dei Centri di Salute.
Una volta individuati i medici a rapporto di fiducia dovranno essere individuati i medici a rapporto orario, sulla base dei criteri di selezione di cui al punto 2.5 del presente Accordo, che entreranno a far parte di quella AFT, facendo riferimento ai parametri indicati al punto 2.1.
I medici a rapporto orario che gradualmente passeranno da 24 a 38 ore settimanali dovranno essere coinvolti anche nelle attività individuate al punto 2.3 del presente Accordo (sanità di iniziativa, assistenza pazienti RSA, dimissioni complesse, malati terminali ecc.).
Nelle ore di normale attività della ex Continuità Assistenziale sarà compito del medico a rapporto orario garantire le prestazioni indifferibili degli assistiti della AFT e del resto della popolazione residente e non residente, con le modalità previste dagli attuali accordi aziendali.
Le Aziende potranno, in caso di necessità, procedere al conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione a medici a rapporto orario nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 29.07.2013, n. 908.

2.10 Fasi di realizzazione dell'AFT

Entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente Accord, dovrà essere approvato il programma di realizzazione delle AFT a livello aziendale di cui al punto precedente.
A partire dal 01.01.2018 le AFT dovranno essere operative, fermo restando quanto stabilito in materia di monitoraggio, valutazione e verifica.

2.11 Istituzione delle Centrali Operativa Territoriale per l'assistenza primaria

E' prevista l'attivazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT), che, a tendere, dovrà confluire nella rete del Numero Unico Europeo 116117.

Tale Centrale, collocata, ove possibile, presso le sedi della Continuità Assistenziale, durante l'orario notturno, diurno festivo e prefestivo, anche infrasettimanale, effettua attività di triage per garantire la continuità assistenziale (CA).
Le Aziende dovranno definire non più di due Centrali Operative Territoriali per Azienda Sanitaria. Eventuali deroghe dovranno essere concordate con specifico Accordo Integrativo Regionale.
Le COT saranno fornite della dotazione tecnologica analoga a quella della Centrale Operativa 118 e saranno collegate ai numeri 116117, quando attivati.

2.12 Attività Infermieristica

La Regione Umbria si impegna a garantire in ciascuna AFT la presenza di due unità di personale infermieristico, che verranno impiegate in sinergia con le altre professionalità del distretto prevalentemente per i programmi di assistenza domiciliare e per le attività di assistenza previste dal Piano Regionale della Cronicità.
La necessità di assistenza domiciliare integrata (ADI) dovrà essere garantita, nel rispetto delle normative vigenti e del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP), dal medico di fiducia o da altro medico componente dell'AFT.

2.13 Trattamento Economico

A) Indennità medici a quota capitaria ex assistenza primaria:

Ai sensi di quanto previsto dal vigente A.C.N. MMG del 23.03.2005 e s.m.i. art. 26 ter, i medici di A.P. partecipanti all'AFT, ai fini della salvaguardia del valore economico del trattamento individuale, conservano le indennità, previste dagli Accordi nazionali ed Integrativi regionali riferite all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio e di infermieri professionali.
Tali risorse all'atto della cessazione dei medici che le percepiscono, confluiranno in uno specifico fondo destinato alla perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella stessa AFT che non le percepiscono, fermo restando quanto previsto al punto 2.2.
L'indennità prevista dall'art. 45 AIR della D.G.R. n. 456 del 17.04.2002 viene confermata, prevedendo inoltre, la disponibilità di una ora settimanale aggiuntiva finalizzata all'attività ambulatoriale della AFT, così come previsto al punto 2.4.

Il progetto sanità' elettronica viene prorogato per l'anno 2017 con le stesse modalità previste nella DGR n. 1239 del 03.11.2016 e, a decorrere dal 01.01.2018 l'indennità viene fissata in Euro 4,00 annuo/assistito per i nuovi compiti di integrazione nella AFT, in particolare per il F.S.E. e Patient Summary al fine di garantire la effettiva continuità dell'assistenza H24 e per le attività previste dal Piano Regionale della Cronicità, sperimentazioni di telemonitoraggio e telemedicina.

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

La quota prevista di € 6,00 annua/assistito prevista al punto D2 della DGR n. 1653 del 27.09.2006, continuerà ad essere destinata alle attività definite in base ad accordi aziendali relativi ad obiettivi strategici declinati a livello di programmazione regionale.

La quota per la ponderazione qualitativa prevista dal vigente ACN art. 59 lett. A di € 3.08 annua/assistito dovrà continuare ad essere destinata alla partecipazione alle riunioni/ audit organizzativi definiti a livello aziendale.

La quota variabile prevista dal vigente ACN art. 59 lett. B - punto 15 di € 3.08 annua/assistito continua ad essere destinata agli obiettivi di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, il cui tetto di spesa procapite pesato/assistito verrà definito annualmente con apposito accordo regionale.

Per l'implementazione delle ADI, attivata nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, non vengono previste limitazioni autorizzative.

Compenso mensile del coordinatore di AFT:

Al Coordinatore della AFT sarà riconosciuto un compenso pari alla precedente indennità del coordinatore del NAP, aumentata del 50%.

B) Indennità medici a rapporto orario ex Continuità Assistenziale:

Conferma delle attuali indennità fino al 31.12.2017. Dal 01.01.2018 adeguamento come sotto indicato:

1. Al Referente di AFT dei medici a rapporto orario spetta un compenso pari a 180 Euro mensili.
2. Euro 1,03 per ora di servizio attivo destinata alla partecipazione alle riunioni / audit organizzativi definiti a livello aziendale;
3. Euro 123,00 mensili per attività ambulatoriale nelle ore proprie del servizio di continuità assistenziale;
4. Euro 15,00 per turno di reperibilità domiciliare previsto ed organizzato nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 71 del vigente ACN;
5. Euro 1,26 / ora di servizio attivo per la corretta implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed integrazione informatica con i medici a ciclo di scelte;

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

6. Conferma del riconoscimento economico di n. 40 ore annue, ai medici a rapporto orario con incarico a tempo indeterminato, per la formazione obbligatoria continua secondo il Piano Formativo Aziendale.

2.14 Norme Finali

Dopo sei mesi dalla data di costituzione delle AFT verrà fatta una valutazione atta alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti.
Il presente accordo verrà aggiornato con l'entrata in vigore del nuovo ACN.

27 luglio 2017

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

Per la Parte Pubblica

Direttore Regionale Salute, Welfare.
Organizzazione risorse umane

Azienda USL Umbria n. 1

Azienda USL Umbria n. 2
PER IL DIRETTORE GENERALE

Per le OO.SS.

FIMMG

FIMMG C.A. Albano Giuseppe

SNAMI

SMI DR. LUIGI GRAZIANI

FIRMA TECNICA
VEDERE NOTA IN VERBALE

INTESA SINDACALE:

CGIL Medici

CISL Medici

Accordo Integrativo Regionale 2017

(Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H 24)

Appendice: glossario acronimi

AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali mono-professionali

UCCP: Unità Complesse delle Cure Primarie

ACN: Accordo Collettivo Nazionale

AIR: Accordo Integrativo Regionale

PDTA: Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

PAT: Programma delle Attività Territoriali

COT: Centrali Operative Territoriali

NAP: Nuclei Assistenza Primaria

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

PAP: Piano Assistenziale Personalizzato

DICHIARAZIONE A VERBALE O.S. SNAMI

Snami appone firma tecnica in calce all'AIR Umbria 2017 pur non condividendo l'impianto dell'accordo soprattutto per la frettolosa e intempestiva approvazione, a fronte di un quadro normativo generale non ancora definito da un ACN in fase di discussione.

DICHIARAZIONE A VERBALE O.S. SMI Umbria

La firma apposta a questo Accordo Integrativo Regionale 2017 deve essere intesa esclusivamente come atto dovuto ed esclusivamente ai fini della verifica di ciò che si andrà a concludere e deliberare a livello di Comitato Aziendale, così come recita l'art.22, comma 11 dell'A.C.N. vigente. Le ulteriori osservazioni al testo dell'accordo sono rimesse agli atti del Comitato regionale medicina generale.