

Proponente: U.O. Personale Dipendente e Convenzionato – Rapporti Convenzionali -

**Oggetto: Comitato Aziendale di Medicina Generale - Accordo Aziendale
- Continuità Assistenziale - anno 2012.**

Il Direttore Sanitario esprime parere:
Dr.ssa Anna Paola PEIRONE

Favreule

Dece

Il Direttore Amministrativo esprime parere:

**IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe LEGATO**

Giuseppe Legato

Publicazione nell'albo pretorio dell'azienda il giorno **28 DIC. 2012** per la durata di 15 giorni.

Il responsabile del procedimento

leg

Esecutività conseguita il: **28 DIC. 2012**

Note:
.....
.....
.....

Il responsabile del procedimento

leg

Trasmessa a:

Giunta Regionale il:

Collegio Sindacale il:

Conferenza dei Sindaci il:

Istruttore: Rag. Alfredo Budelli

Dirigente U.O.: Dr.ssa Annalisa Fabbri

Allegati: n.1 pag. n.9; n.2 pag. n.1

Alfredo Budelli

Visto il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme per la disciplina dei rapporti di lavoro autonomo tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di medicina generale, da instaurarsi mediante apposito Accordo Collettivo Nazionale stipulato con le OO.SS. maggiormente rappresentativi;

Visto l'art. 4 dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo Stato-Regioni, rep. N. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – biennio economico 2008-2009 di cui all'atto di Intesa Conferenza Stato Regioni siglato in data 8 luglio 2010 che stabilisce quanto segue: “ I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione”.

Visto il comma 5 del sopra citato art. 4 stabilisce che “*Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale*”.

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1653 del 27/09/2006 recante “Trattativa reg.le decentrata dei medici di medicina gen.le in applicazione art.4, c. 1, di cui all'A.C.N. per i medici di medicina gen.le 23 marzo 2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della regione”;

Atteso che, nel rispetto di quanto disposto dall'art.23 dell'ACN per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i. e dall'Accordo regionale di medicina generale, recepito con DGR n.1653/06, si è svolta, nella riunione del Comitato Aziendale di Medicina Generale, tenutasi il 06/12/2012, la trattativa tra la Direzione Aziendale e le OO.SS presenti - F.I.M.M.G., INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) per la definizione dell'Accordo Aziendale Continuità Assistenziale - Anno 2012;

Dato atto che, la trattativa si è conclusa e l'Accordo Aziendale denominato “ *Accordo Aziendale Continuità Anno 2012*” è stato approvato all'unanimità;

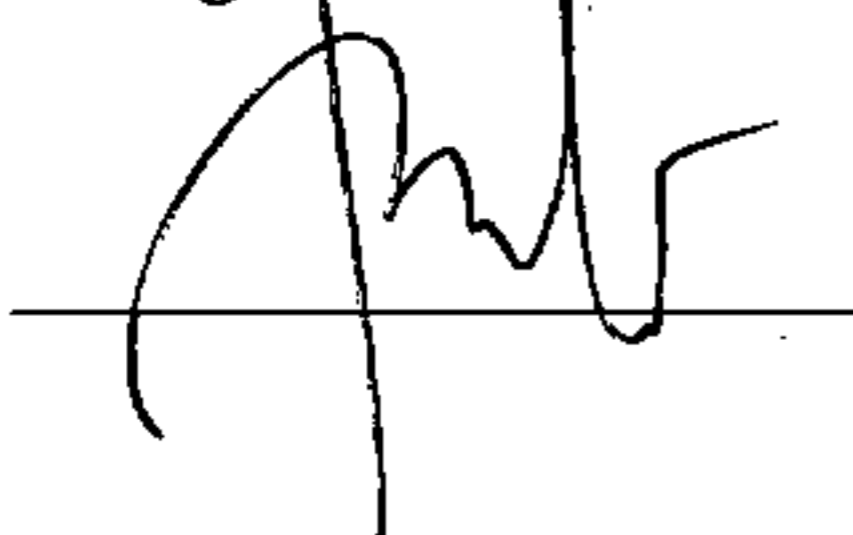
Atteso che il suddetto accordo, sottoscritto in data 06/12/2012 dal Direttore Generale ASL n. 2 e dai rappresentanti delle OO.SS : F.I.M.M.G. e INTESA SINDACALE, rappresentativi di oltre il 51% degli iscritti alle varie organizzazioni sindacali, composto di n. 8(otto) pagine, viene allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Ritenuto pertanto, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, proporre l'adozione di apposito atto deliberativo che disponga quanto segue:

1. Dare atto che in data 06/12/2012 è stato siglato, dal Direttore Generale e dai rappresentanti delle OO.SS. F.I.M.M.G., INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici), l'accordo Aziendale Continuità Assistenziale avente titolo “*Accordo Aziendale Continuità Anno 2012*”, composto di n.8(otto) pagine, che viene allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale);
2. Dare atto che, in riferimento ai progetti e all'azioni previste dall'Accordo per l'anno 2012 è previsto un onere di spesa complessivo stimato in circa 280.000,00 Euro che farà capo al conto di costo mastro 270 conto 50 sottoconto 11 dell'esercizio economico finanziario anno 2012;

3. Demandare i provvedimenti necessari alle modalità di gestione dell'Accordo aziendale, ai Direttori di Distretto ed al Responsabile dell'U.O. Personale Dipendente e Convenzionato.

Il Funzionario Istruttore
Rag. Alfredo Budelli



Il Dirigente U.O. Personale
Dipendente e Convenzionato
Dr.ssa Annalisa Fabbri



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto di quanto esposto nel documento istruttorio

DELIBERA

1. Dare atto che in data 06/12/2012 è stato siglato, dal Direttore Generale e dai rappresentanti delle OO.SS. F.I.M.M.G., INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici), l'accordo Aziendale Continuità Assistenziale avente titolo "*Accordo Aziendale Continuità Anno 2012*", composto di n.8(otto) pagine, che viene allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale);
2. Dare atto che, in riferimento ai progetti e all'azioni previste dall'Accordo per l'anno 2012 è previsto un onere di spesa complessivo stimato in circa 280.000,00 Euro che farà capo al conto di costo mastro 270 conto 50 sottoconto 11 dell'esercizio economico finanziario anno 2012;
3. Demandare i provvedimenti necessari alle modalità di gestione dell'Accordo aziendale, ai Direttori di Distretto ed al Responsabile dell'U.O. Personale Dipendente e Convenzionato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe Legato)



All.to alla D. n.743 del 28 DIC. 2012



Unità Sanitaria Locale N° 2

Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria

Accordo Aziendale Continuità Assistenziale

Anno 2012

INDICE

➤ QUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO	PAG. 3
➤ OBIETTIVI INCENTIVANTI ANNO 2012	PAG. 4
○ INFORMATIZZAZIONE ATTIVITA'	
○ PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DELL'EQUIPE TERRITORIALI	
➤ INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA	PAG.6
➤ AZIONI DI QUALIFICAZIONE DELLA C.A.	
➤ INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA' DISTRETTUALI ED I SERVIZI TERRITORIALI	PAG.7
➤ SCHEDA RIASSUNTIVA OBIETTIVI C.A. ANNO 2012	PAG.8
➤ FIRME	



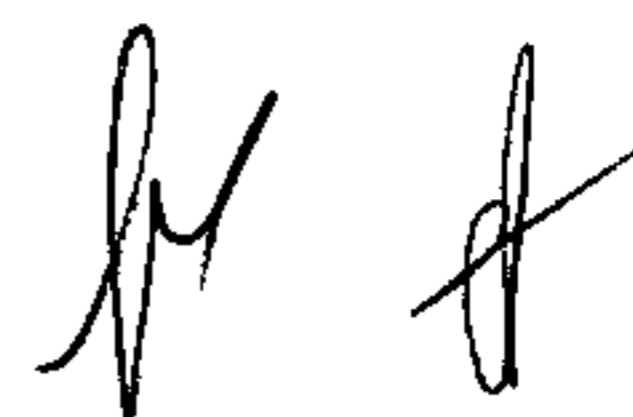
QUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Gli accordi del triennio 2009-2011 della continuità assistenziale erano orientati a qualificare l'organizzazione delle cure primarie, in applicazione degli indirizzi dell'accordo regionale per la MMG/CA (D.G.R n. 1653 del 27.09.2006) e della D.G.R. 298/2006, procedendo a sperimentazioni organizzative, tra le quali le più rilevanti e significative, sono state quelle riguardanti:

- la riorganizzazione Aziendale dell'attività della Continuità Assistenziale, prevedendo tra l'altro l'apertura di una nuova postazione nei giorni prefestivi e festivi diurni presso il CDS di Ponte S.Giovanni;
- l'informatizzazione dell'attività effettuata;
- progetto sperimentale di riorganizzazione del servizio di reperibilità;

L'accordo 2012 oltre a confermare quanto realizzato nell'ultimo anno tende a rafforzare ulteriormente, migliorandoli, i risultati ottenuti, ed in particolare:

- ◆ la definitiva messa a regime dell'informatizzazione dell'attività svolta dal servizio di CA in tutte le postazioni aziendali;
- ◆ una risposta assistenziale all'urgenza (codici bianchi) sulla base di criteri di appropriatezza ed efficacia condivisi dai professionisti;
- ◆ l'integrazione del servizio di CA, con gli altri servizi aziendali per garantire la continuità delle cure a livello territoriale (24 ore/die x 7 giorni/sett.).



CONTINUITA' ASSISTENZIALE - OBIETTIVI INCENTIVANTI ANNO 2012

OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA MENSILE DI € 107,12 PRO/MEDICO
rapportata a 104 ore medie mensili di attività svolta in forma attiva
(attualmente prevista dall' Accordo Regionale)

INFORMATIZZAZIONE ATTIVITÀ

peso= 50

L' obiettivo di informatizzazione sarà indirizzato a migliorare la qualità dei dati, sia ai fini della reportistica, sia della documentazione dell'attività svolta, mettendo in atto azioni destinate a garantire il miglioramento della gestione del sistema informativo e la completezza delle registrazioni.

Sul piano della completezza dei dati dell'attività di continuità assistenziale è fondamentale:

- l'inserimento informatizzato dei contatti, che rappresenta il presupposto irrinunciabile per garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema informativo; l'obiettivo è raggiungibile, tenuto conto che nel 2011 si sono ottenuti risultati soddisfacenti;
- la "chiusura del caso" al termine dell'inserimento dei dati, per consentire la corretta registrazione dell'attività svolta e conseguentemente la produzione di statistiche corrette e valide.

L'obiettivo su base mensile e a livello individuale, si intende raggiunto:

- **al 100% se sarà garantita l'informatizzazione di almeno l' 85% dell'attività prestata (consultazioni telefoniche, visite ambulatoriali e visite domiciliari), comprensiva della "chiusura del caso" ;**
- **al 70% se sarà garantita l'informatizzazione di almeno l' 80% dell'attività prestata (consultazioni telefoniche, visite ambulatoriali e visite domiciliari), comprensiva della "chiusura del caso" ;**

Eventuali risorse disponibili per mancato raggiungimento dell'obiettivo minimo, verranno destinate ai medici che avranno raggiunto un livello di informatizzazione \geq al 95% dei pazienti visitati, comprensiva della "la chiusura del caso".



PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DELL'EQUIPE TERRITORIALI

peso= 50

Una maggiore qualificazione dell'attività dei Nuclei di CA, è un obiettivo rilevante, in quanto essi rappresentano uno strumento organizzativo essenziale per accrescere l'appropriatezza e la equità della risposta al cittadino, migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, sviluppare percorsi e procedure per garantire la continuità e l'integrazione fra soggetti diversi del sistema sanitario.

Sarà promossa quindi la partecipazione dei medici alle riunioni d'equipe, che saranno finalizzate anche alla condivisione di modalità di lavoro e procedure volte al miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di C.A., nonché per l'integrazione con servizi/professionisti che interagiscono con la continuità assistenziale per la gestione di specifici problemi di salute e/o casi di particolare complessità.

Pertanto, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo ogni medico dovrà partecipare, alle riunioni previste mensilmente, del nucleo di C.A..

La quota di euro **0,515/ora di servizio**, viene erogata, mensilmente in acconto ai medici titolari, salvo conguaglio attivo o passivo a consuntivo anno 2012.

Ai medici sostituti e/o incaricati provvisori, la quota di che trattasi verrà conteggiata a consuntivo 2012 ed erogata, previa verifica del raggiungimento dell'obiettivo, nel mese cassa marzo 2013.

L'elenco dei medici che non hanno partecipato alla prevista riunione mensile, certificata dal responsabile distrettuale del Servizio, verrà trasmesso mensilmente, entro il quinto giorno del mese successivo, dalla Direzione del Distretto di riferimento, all'Ufficio trattamento economico personale convenzionato.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà ad effettuare, per tutti i medici (titolari, sostituti e/o incaricati provvisori) che hanno prestato attività nel servizio di C.A., gli eventuali recuperi e/o conguagli in funzione, del grado di partecipazione alle riunioni mensili calcolate su base annua e degli acconti mensilmente corrisposti, come di seguito indicato:

- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura $\geq 75\%$ indennità **100%**;
- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura $\Rightarrow 50\% \Leftarrow 75\%$ indennità **50%**;
- Partecipazioni riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura $< 50\%$ indennità **0%**;

Le riunioni di nucleo, sono regolamentate dall'apposito disciplinare.



INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Allo scopo di **assicurare la necessaria e progressiva integrazione** fra l'attività dei medici di assistenza primaria e quella dei medici di continuità assistenziale con i CdS, i medici di CA dovranno garantire:

- **la partecipazione a riunioni congiunte tra nuclei di AP e medici di CA** finalizzate alla discussione dei percorsi assistenziali idonei a garantire la continuità delle cure per le dimissioni protette, i casi complessi e le patologie croniche in labile compenso con stesura dei piani assistenziali per le cure domiciliari ed utilizzo dell'apposita modulistica per l'attivazione degli interventi a domicilio.
- **idonei flussi informativi** per i pazienti in assistenza domiciliare di elevata complessità e per le persone con patologie croniche che possono andare facilmente incontro a scompenso o riacutizzazioni, utilizzando eventualmente allo scopo anche la cartella del paziente.

AZIONI DI QUALIFICAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per sviluppare ulteriormente le funzioni della Continuità Assistenziale nell'ambito delle cure primarie, si concorda la definizione di un progetto sperimentale per la qualificazione della continuità Assistenziale, in coerenza con le indicazioni dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i art.67, comma 16 lett. b1), rivolta a pazienti in assistenza domiciliare e residenziale.

Il progetto è da realizzarsi nel corso dell'anno 2013 ed è finalizzato a dare continuità, al domicilio dei pazienti e/o presso le strutture protette, ai programmi di assistenza definiti in stretta collaborazione con il MMG e con le équipe infermieristiche a ciò dedicate.

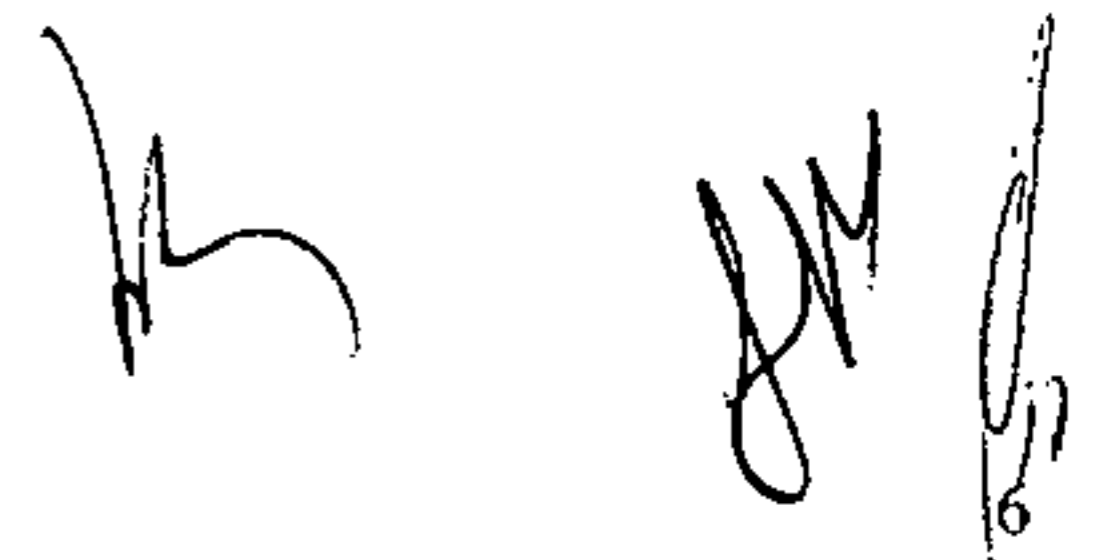
Pertanto l'intervento programmato della continuità assistenziale si inserisce nel complesso del percorso assistenziale, con la finalità di garantire, in base a quanto stabilito nel piano assistenziale individualizzato di ciascun paziente, la prosecuzione del programma terapeutico/assistenziale anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari notturni e deve essere documentato registrando le attività e le relative valutazioni cliniche nella cartella del paziente.

Come stabilito, in sede di Comitato Aziendale di Medicina Generale nella seduta del 20/09/2012, verrà costituita apposita commissione composta da rappresentanti Aziendali e Sindacali di categoria che dovrà produrre alla Direzione Aziendale, entro il 31/12/2012, la proposta programmatica/organizzativa del progetto sperimentale.

L'azienda definirà con apposito accordo da approvarsi in sede di Comitato Aziendale, le modalità organizzative e di verifica del progetto sperimentale, al fine di monitorare gli accessi dei medici di CA e valutare una attesa riduzione dei ricoveri dei pazienti in ADI e ospiti nelle residenze protette. La partecipazione del medico di CA al programma di assistenza domiciliare e residenziale è remunerata con un compenso (forfettario o unitario).

L'entità del compenso e le modalità della sua corresponsione, unitamente ad opportuni indicatori di verifica dell'attività svolta, saranno definiti in sede di Comitato Aziendale.

Il progetto verrà finanziato con il 5% della quota di Euro 6,00 annui/assistito destinata all'accordo con i medici di Medicina Generale - Assistenza Primaria anno 2013.



INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA' DISTRETTUALI ED I SERVIZI TERRITORIALI

Per garantire al meglio i livelli assistenziali e sviluppare l'integrazione con le attività dei Distretti Sanitari e degli altri Servizi Territoriali (effettuate nei giorni feriali in orario diurno), è possibile assegnare orari aggiuntivi ai medici di CA, utilizzando lo strumento contrattuale del plus- orario e/o del completamento orario fino a 38 ore settimanali.

Il fabbisogno di ore necessario a garantire i servizi, sarà stabilito dalla Direzione Aziendale sulla base delle necessità assistenziali rappresentate dai Direttori di Distretto e dai Responsabili degli altri servizi territoriali, utilizzando al meglio le competenze e le specifiche professionalità dei medici del servizio di CA.

I medici, ai quali assegnare provvisoriamente orari aggiuntivi rispetto al normale incarico di CA, verranno individuati sulla base di una graduatoria normalmente distrettuale, che verrà appositamente redatta, a seguito di richiesta di disponibilità rivolta a tutti i medici in servizio attivo presso il Distretto o ambito distrettuale interessato, titolari esclusivamente di incarico di CA e comunque nel rispetto delle compatibilità previste dal presente ACN.

La graduatoria verrà formulata secondo i criteri previsti dal comma 8 dell'art. 65 del vigente ACN – MMG del 23/03/2005 e s.m.i.:

1. Anzianità di titolarità di rapporto convenzionale di CA nell'Azienda;
2. Anzianità di Laurea;
3. Minore età.

In caso di indisponibilità di medici titolari di C.A., si provvederà ad incaricare medici assegnatari di incarichi provvisori, nel rispetto della graduatoria aziendale vigente.

L'incarico di durata semestrale/annuale, può essere rinnovato, previa valutazione positiva da parte del Direttore del Distretto o Responsabile del Servizio, fino alla effettiva necessità aziendale e/o fino ad una diversa organizzazione del servizio e/o delle modalità di reclutamento del personale, stabilita dalla Direzione Aziendale.

Per l'attività svolta, si applicano i parametri economici orari previsti dall'ACN vigente che regolamenta i rapporti con i medici di medicina generale addetti ai servizi di Continuità Assistenziale.

L'incarico cessa il primo giorno del mese successivo all'insorgenza di situazioni di incompatibilità del medico, o per decisione unilaterale da parte del medico o della Direzione Aziendale (a fronte di diverse necessità assistenziali e/o organizzative), da comunicare alla parte interessata con almeno un mese di preavviso.



SCHEDA RIASSUNTIVA OBIETTIVI ANNO 2012

Sulla base di una disponibilità economica mensile di Euro 107,12 pro-medico, rapportata a 104 ore medie mensili di attività svolta in forma attiva attualmente prevista dalla regione, vengono individuati i seguenti obiettivi incentivanti con il relativo peso:

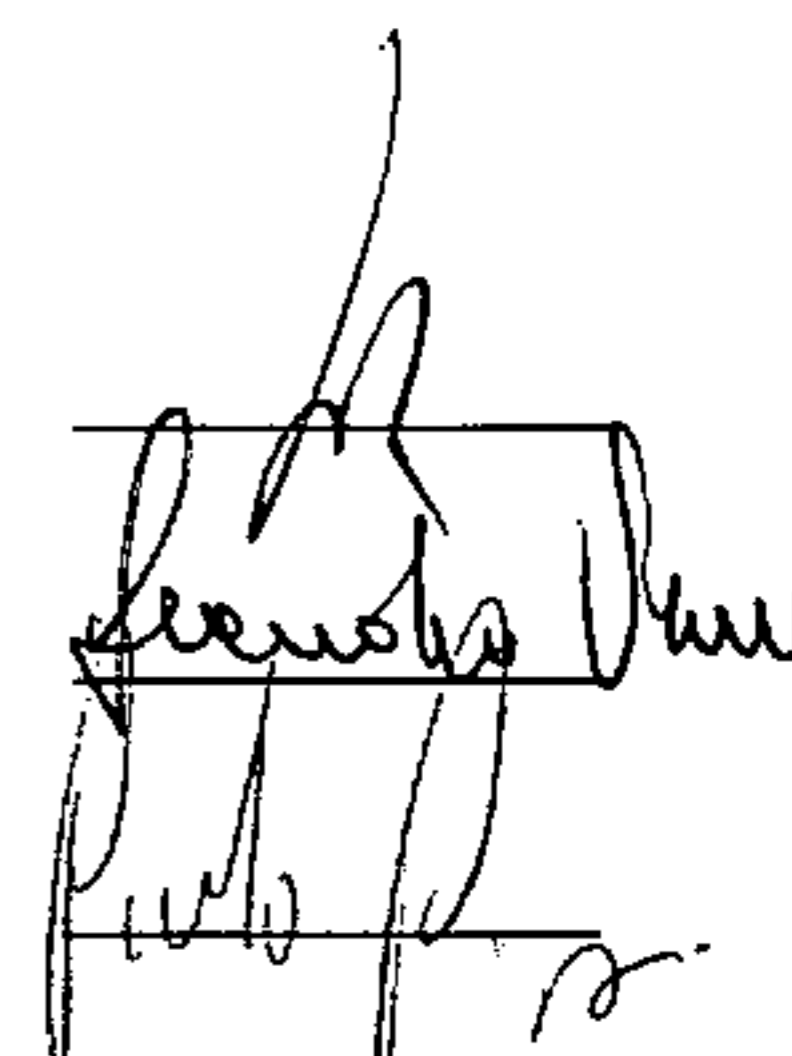
<ul style="list-style-type: none">• Informatizzazione attività Sul piano della completezza dei dati dell'attività di continuità assistenziale è fondamentale:<ul style="list-style-type: none">- l'inserimento informatizzato dei contatti, rappresenta, il presupposto irrinunciabile per garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema informativo; l'obiettivo è raggiungibile, anche in considerazione dei risultati soddisfacenti ottenuti a livello aziendale nell'anno 2011;- la necessità di garantire la "chiusura del caso" al termine dell'inserimento dei dati, per consentire la corretta registrazione dell'attività svolta e conseguentemente la produzione di statistiche assolutamente corrette e valide.	<p>peso = 50</p>
<ul style="list-style-type: none">• Partecipazione a riunioni dell'equipe territoriali	<p>peso = 50</p>

I contenuti dell'Accordo Aziendale precedente, non modificati dalla presente intesa, rimangono in vigore.

Dr. Giuseppe Legato – Direttore Generale A.S.L. n.2

Dr. Leandro Pesca – Delegato sindacale FIMMG

Dr. Papi Paolo – Delegato sindacale Intesa Sindacale



Perugia li 06/12/2012

