



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
746

OGGETTO: 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"

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal servizio Sanità 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;

VISTA la proposta del dirigente del servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

- di approvare lo "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" di cui all'allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di incaricare l'Assessore alla Salute alla sottoscrizione del Protocollo di cui all'allegato 1.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dott. Fabrizio Costa

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Dott. Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 847 LEGISLATURA N. _____

delibera
746**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 - DGR 751/07 con particolare riferimento agli articoli 14, 15 e 55;
- 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.

ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Il Dirigente del Servizio Sanità, il Direttore dell'ASUR e tutte le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Medicina Generale, FIMMG, SNAMI, SMI e Intesa Sindacale, in data 7 luglio 2016, hanno sottoscritto uno "Schema di protocollo di intesa regionale 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", di cui è parte integrante lo "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".

Questo accordo si sviluppa su due "binari".

1) L'APPROPRIATA GESTIONE MEDICA TERRITORIALE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' NEL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITA'.

Lo schema di Accordo allegato 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 e quindi ai Medici di Medicina Generale, coordinati per gli aspetti organizzativi dai Distretti (articoli 14 e 15).

Dall'esame dei suddetti articoli risulta infatti che, anche se sottoscritti nel 2007, essi hanno ancora contenuti attuali e appropriati:

- Viene definito il sistema della Residenzialità: "Nella Regione, il Sistema della Residenzialità rappresenta una rete di strutture nelle quali realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle pa-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

tologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale. Tale sistema è fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare se anziani, oppure affetti da patologie croniche, ed è alternativo al ricovero ospedaliero in particolare nelle condizioni in cui risulti essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.

- Vengono citate le strutture che fanno parte del sistema della residenzialità: "In particolare, il sistema della residenzialità comprende un insieme funzionale di strutture quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc. di cui all L.R. 20/2002, e comunque strutture dove sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale".

Quanto sopra mostra come le cure intermedie risultino pienamente riconducibili al sistema di residenzialità come sopra descritto, analogamente alle altre strutture citate dall'AIR nell'ultimo capoverso precedente (*Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc*), gestite già da tempo con successo ed appropriatezza dai Medici di Medicina Generale dei diversi territori.

Nel protocollo si fissano:

- i compensi per i moduli di dieci posti letto (o comunque con un numero di posti non inferiore a cinque), per i medici che aderiranno agli specifici accordi locali per la gestione delle singole strutture: medici di assistenza primaria (150,00 euro a giornata + ENPAM); medici di continuità assistenziale (3,00 euro aggiuntivi per ora + ENPAM);
- la modalità dell'assistenza: per l'Assistenza Primaria 4 ore di presenza nella struttura, di cui 2 la mattina, e 8 ore di disponibilità telefonica; presenza della Continuità Assistenziale in orari notturni, festivi e prefestivi con compiti aggiuntivi di assistenza nella struttura;
- la presenza di un medico coordinatore della struttura con specifici compiti e specifici compensi (euro 1150,00 annui + ENPAM);
- i contenuti della cartella clinica;
- gli indicatori di efficacia e di efficienza della struttura che saranno definiti entro sei mesi dall'Osservatorio Regionale dell'Appropriatezza al fine di fornire specifici report per il continuo miglioramento delle prestazioni rese nella struttura.

I costi relativi agli accordi decentrati da sottoscrivere sulla base di quanto esposto (costi di gestione delle singole giornate di assistenza nella struttura da parte dei medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e compenso per la funzione di coordinamento), 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.

2) ULTERIORE IMPULSO A FAVORIRE LA MASSIMA IMPLEMENTAZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE COMPLESSE DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA FORMA DI ASSISTENZA AGGIUNTIVA di cui all'art.20 dell'AIR DGR 751/07

Lo schema di Accordo si pone in continuità con quanto già stabilito nel protocollo di intesa siglato a seguito della DGR 1108/2015 e coglie l'opportunità della gestione delle nuove forme residenziali territoriali per continuare a spingere i medici a svolgere il loro lavoro nelle forme organizzative incentivate previste dall'ACN e dall'AIR (rete, gruppo e collaboratori di studio), e con la forma di assistenza aggiuntiva di cui all'art. 20 dell'AIR DGR

~~18 LUG. 2016~~

delibera

746

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 87 LEGISLATURA N. _____

751/07 (*"Assistenza aggiuntiva per l'accessibilità e la continuità dell'informazione"*), con i relativi obblighi e compiti aggiuntivi stabiliti dagli stessi ACN ed AIR.

Considerata la necessità di incardinare anche le strutture residenziali nella nuova ingegneria del territorio voluta dalla legge Balduzzi, ormai di prossima applicazione, i Direttori di Distretto daranno la preminenza ad affidare la gestione degli Ospedali di comunità a Medici di Medicina Generale già strutturati nelle forme associative, e, qualora gli stessi medici siano già costituiti in forme associative ma non abbiano ancora goduto del relativo riconoscimento economico, l'ASUR corrisponderà in via prioritaria agli stessi i compensi per tali forme associative e l'incentivo previsto dall'art. 20 dell'AIR. Ciò avverrà solo dopo aver accertato la compatibilità economica del fondo e aver acquisito il parere obbligatorio del Comitato Regionale.

L'accordo garantisce comunque la libera adesione dei medici ai singoli progetti e la possibilità di coinvolgere nella gestione degli ospedali di comunità anche medici che operano in forma singola.

I costi relativi all'eventuale riconoscimento delle indennità di rete o gruppo, di collaboratore di studio e di assistenza aggiuntiva da parte degli MMG partecipanti e che ancora non usufruiscono delle relative indennità economiche, sono a carico dei relativi fondi della Medicina Generale e sono da erogare come sopra esposto, previo parere obbligatorio del Comitato Regionale in relazione alla compatibilità dei fondi stessi.

SCHEMA PER GLI ACCORDI DECENTRATI

Lo schema di Protocollo regionale reca in allegato lo schema per gli accordi decentrati per la gestione delle singole strutture, anche in forma sperimentale, fissando alcune linee guida e dei criteri di uniformità per la loro stipula su Area Vasta. In questo modo, oltre a garantire una facilitazione contrattuale ed applicativa per l'ASUR nei rapporti con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale convenzionati nelle diverse Aree Vaste, si potranno avere gli stessi standard qualitativi di base per le diverse strutture da attivare nella Regione, offrendo comunque la possibilità di adattare l'offerta rispetto alle necessità territoriali o del bacino di utenza.

I costi complessivi stimati dall'ASUR per ciascuna struttura, con possibili variazioni in considerazione del numero di festività coincidenti con la giornata domenicale, per un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5), sono i seguenti:

- Medici di Continuità Assistenziale: circa euro 17.748 onnicomprensivo più ENPAM;
- Medici di Assistenza Primaria: circa euro 39.000 onnicomprensivi più ENPAM;
- Medico di Medicina Generale coordinatore di ciascuna struttura: massimo euro 1550 annui onnicomprensivi più ENPAM.

In totale per la gestione Medica di un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5) di un Ospedale di Comunità è prevista una spesa annua complessiva non superiore ad euro 60.000 più ENPAM.

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

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Angela Alfonsi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
746

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo di legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL Dirigente del Servizio Sanità
Dott.ssa Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 16 Pagine di cui n. 10 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dott. Fabrizio Costa

AA

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

PREMESSO CHE:

- l'Accordo Integrativo regionale con i MMG (DGR 751/2007), negli articoli 14 e 15, descrive il sistema di domiciliarità e residenzialità in carico alle strutture territoriali e quindi ai Medici di Medicina Generale coordinati per gli aspetti organizzativi dai Distretti;

- i contenuti dei suddetti articoli, ancorchè sottoscritti nel 2007, risultano essere attuali e appropriati.

In particolare la prima parte della premessa dell'art. 15 che descrive il sistema della residenzialità nella Regione Marche afferma che: *"Nella Regione, il Sistema della Residenzialità rappresenta una rete di strutture nelle quali realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale. Tale sistema è fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare se anziani, oppure affetti da patologie croniche, ed è alternativo al ricovero ospedaliero in particolare nelle condizioni in cui risulti essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.*

In particolare, il sistema della residenzialità comprende un insieme funzionale di strutture quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc. di cui all L.R. 20/2002, e comunque strutture dove sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale".

- le cure intermedie risultano riconducibili al sistema di residenzialità come sopra descritto, analogamente alle altre strutture citate dall'AIR nell'ultimo capoverso precedente (*Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc.*), gestite già da tempo con successo ed appropriatezza dai medici di medicina generale dei diversi territori;

- le mutate esigenze del Sistema Sanitario Regionale rendono necessario superare l'esclusione dell'applicabilità dell'art. 15 esposta nel comma 2 del medesimo articolo;

- in considerazione del fatto che nelle strutture del sistema della residenzialità i medici di Assistenza Primaria coinvolti nella gestione non detengono la scelta poiché i pazienti durante il ricovero mantengono il loro medico di assistenza primaria (la permanenza nella struttura è limitata a periodi brevi), si rende necessario fissare specifici compensi non previsti dall'accordo regionale, comunque nel loro complesso afferenti ai costi previsti nel budget dell'ASUR per la deospedalizzazione;

- per le strutture di cure intermedie risultano applicabili i commi dell'art. 15 dell'Accordo Integrativo Regionale nn.12 - 13 - 14 (figura e compiti del coordinatore), n.15 (contenuti cartella clinica), in analogia a quanto previsto per le strutture del sistema di residenzialità con più di 40 ospiti;

VISTO:

- Il protocollo di intesa per l'attribuzione delle risorse dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa territoriale ai sensi della DGR 1108/2015, che *"conferma il forte interesse e l'effettiva condivisione del progetto della riqualificazione del territorio tra la parte pubblica e le organizzazioni sindacali"* avvenuto mediante le varie Delibere della Giunta regionale, da costruire anche mediante la massima implementazione delle forme organizzative complesse della medicina generale e della forma di assistenza aggiuntiva di cui all'art.20 dell'AIR DGR 751/07, ferma restando l'*"opportunità di riscrivere gli obblighi dei medici aderenti all'istituto in relazione alle mutate necessità inerenti il territorio e rinviare la suddetta riscrittura ad una fase successiva... (pag.5)"*;

- la necessità di rivedere annualmente la capienza dei fondi per gli istituti soggetti ad incentivazione ai sensi dell'AIR DGR 751/07 (art.53) e di quello per la forma di assistenza aggiuntiva per verificarne la disponibilità e prevedere l'eventuale accesso agli incentivi a nuovi medici che abbiano le caratteristiche previste, previa verifica della copertura e parere del comitato regionale;

CONSIDERATA l'opportunità di cogliere anche l'occasione della gestione delle nuove forme residenziali territoriali per incentivare i medici a svolgere il loro lavoro nelle forme organizzative previste dall'ACN e dall'AIR (rete e gruppo), con i relativi obblighi e compiti aggiuntivi, si conferma la priorità di accesso all'incentivazione di quei medici che si costituiscono nelle suddette forme organizzative anche al fine di garantire, oltre che quanto previsto per le stesse dall'ACN, la presenza coordinata nelle strutture residenziali regolamentate nel presente accordo;

ferma restando comunque la libera adesione dei medici ai singoli progetti;

CONSIDERATO CHE:

- l'art. 15 dell'AIR, ai commi 16, 17 e 18, prevede accordi decentrati per la gestione delle singole strutture, anche in forma sperimentale, e questo accordo con l'allegato A fissa alcune linee guida e criteri di uniformità per la loro stipula su Area Vasta;

- le specifiche normative richiamate in dettaglio nella premessa dello schema di accordo aziendale di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente accordo, rendono necessario concordare con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale il presente accordo;

LE PARTI CONCORDANO QUANTO SEGUE:

Per le strutture di cure intermedie afferenti alla residenzialità in cui l'impegno dei Medici di Medicina Generale è rivolto all'intera struttura e non al singolo paziente (di cui i medici coinvolti non detengono la scelta), devono essere concordati dall'ASUR specifici compensi che tengano conto delle particolarità della struttura da gestire e di quanto già in essere nella Regione per gli accordi aziendali già esistenti per la gestione di altre strutture residenziali





AB

(Hospice, Ospedali di comunità ecc...) secondo l'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Inoltre, considerato lo sviluppo delle strutture organizzative complesse della medicina generale (medicina di gruppo, forme di assistenza aggiuntiva) e la necessità di incardinare anche le strutture residenziali nella nuova ingegneria del territorio voluta dalla legge Balduzzi, ormai di prossima applicazione, i Direttori di Distretto daranno la preminenza alla gestione di tali strutture a Medici di Medicina Generale già strutturati nelle forme associative, e, qualora gli stessi medici siano già costituiti in forme associative ma non abbiano ancora goduto del relativo riconoscimento economico, corrisponderanno in via prioritaria agli stessi i compensi per tali forme associative, previo parere obbligatorio del Comitato Regionale e ferma restando la compatibilità economica del fondo.

I medici che partecipano alla gestione di queste strutture e che non godono 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.

IMPATTO ECONOMICO

I costi relativi agli accordi decentrati da sottoscrivere sulla base di quanto esposto nel presente articolo e nel collegato allegato A (costi di gestione delle singole giornate di assistenza nella struttura da parte dei medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e compenso funzione di coordinamento), sono a carico dei budget assegnati all'ASUR e della destinazione delle risorse a seguito della riconversione dall'area ospedaliera all'area del territorio.

I costi relativi all'eventuale riconoscimento delle indennità di rete o gruppo, di collaboratore di studio e di assistenza aggiuntiva da parte degli MMG partecipanti e che ancora non usufruiscono delle relative indennità economiche, sono a carico dei relativi fondi e sono da erogare previo parere obbligatorio del comitato regionale in relazione alla compatibilità dei fondi stessi.

I costi complessivi stimati dall'ASUR per ciascuna struttura modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5) sono i seguenti:

- Medici di Continuità Assistenziale: La maggiorazione dell'impegno di spesa per la Continuità Assistenziale sarà di 36 euro omnicomprensivo per 365 notti; 36 euro per 64 giornate festive e 63 giornate prefestive; per un totale di euro 17.748 con una possibile variazione rispetto al numero di festività coincidenti con la giornata domenicale. (più enpam (art. 72 ACN) a carico azienda pari a 10.375%);



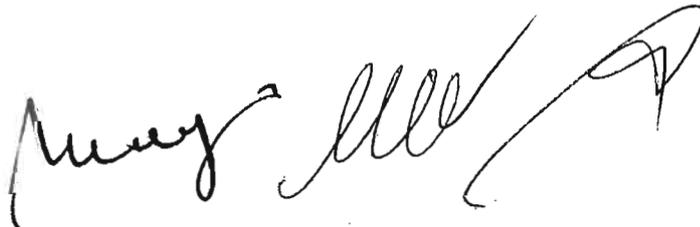
3

PAG
10

AA

- Medici di Assistenza Primaria euro 39.000 omnicomprensivi con una variazione rispetto al numero di festività coincidenti con la giornata domenicale (euro 150X5X52). (più enpam (art. 60 ACN) a carico azienda pari a 10.375%);
- coordinamento in ciascuna struttura massimo euro 1550 per struttura omnicomprensivo (più ENPAM a carico dell'azienda pari a 10,375%).

In totale per la gestione Medica un ospedale di comunità per un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5), è prevista una spesa annua non superiore ad euro 60.000. (più enpam circa euro 6.000)



PAG
11
AD

ALLEGATO A ALL'ACCORDO REGIONALE

Ipotesi di Accordo Aziendale per la gestione medica dei posti letto di cure intermedie ovvero sistema della residenzialità e ospedale di comunità ex art. 14 e 15 AIR DGR 751/07 tra le OO.SS. dei medici di medicina generale e l'Asur mediante la direzione di area vasta/distretto.

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, reso esecutivo con l'intesa sancita in data 29.07.2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

Visto l'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM n. 751 del 02.07.2007 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale con particolare riferimento:

- all'art. 55 dell'AIR di cui sopra "Contrattazione Aziendale – Zonale";
- agli articoli 14 e 15 dell'AIR;

Vista la Delibera di Giunta Regione Marche n. 960 del 04.08.2014 che ha regolamentato il modello delle Cure Intermedie;

Considerata la 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";

Vista la 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;

Premesso che il Piano Socio Sanitario 2012-2014, approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa delle Marche n. 38 del 20.12.2011, ha previsto nell'ambito della rete territoriale lo sviluppo delle cd. "Case della Salute", luogo in cui si sviluppano le Cure Primarie e le Cure Intermedie, modello organizzativo funzionale che ricolloca i servizi distrettuali, sociali, di prevenzione, le attività specialistiche ambulatoriali, dove risulta essenziale il ruolo del Medico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale;

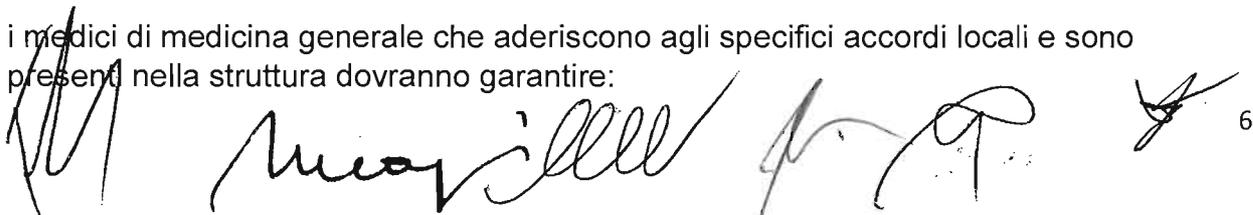
Al fine di garantire la piena operatività e il funzionamento delle Cure Intermedie intese come Sistema della Residenzialità ex artt. 14 e 15 AIR DGR 751/07 che comprendono al loro interno, tra l'altro, gli Ospedali di Comunità, risulta necessario addivenire alla sottoscrizione di un Accordo preliminare, nel rispetto delle previsioni di legge, dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.09 del Medici di Medicina Generale e del vigente Accordo Integrativo regionale del 2007.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller initials on the right.

Visti i riferimenti normativi deliberati dalla Giunta Regionale, la gestione dei posti letto negli Ospedali di Comunità', previsti in una fase di avvio in numero da 5 a 10 per ogni modulo presente, da un punto di vista di gestione Medica, necessita di una collaborazione da ricercare nel rapporto fiduciario con la Medicina Generale.

LE PARTI SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE ACCORDO.

1. Nelle aree territoriali subdistrettuali in cui sussistono ospedali di comunità, l'assistenza è affidata prioritariamente ai medici di medicina generale afferenti alle varie forme associative previste per la assistenza primaria, integrata dai medici di Continuità Assistenziale, nell'insieme definiti medici di Medicina generale, nell'ambito di quanto previsto dall'AIR e dall'ACN. Pertanto le Cure Intermedie sono definite e ricomprese nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) prevista nell'Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 e ACN 2009.
2. l'ASUR, mediante i Direttori di Area Vasta, sulla base del presente accordo, stipulerà con le OO.SS. dei medici di Medicina Generale, in sede di Comitato Aziendale, articolazione territoriale di Area Vasta competente, specifici accordi applicativi locali, volti alla corretta gestione delle suddette strutture.
3. le suddette strutture, ai sensi delle norme sopra richiamate, sono afferenti alla organizzazione territoriale, conseguentemente sono coordinate dal punto di vista organizzativo dal Direttore del Distretto mediante le articolazioni operative del territorio che provvederà a creare i necessari raccordi tra i Medici di Medicina Generale coinvolti e tutte le eventuali altre figure mediche, sanitarie ed amministrative dipendenti del SSR.
4. I MMG che aderiscono agli specifici accordi locali, collaborano alla gestione della struttura in oggetto, detta Ospedale di comunità e garantiscono l'assistenza nelle 12 ore diurne dal Lunedì al venerdì, come segue:
 - N.4 ore giornaliere di presenza attiva del Medico di Medicina Generale, modulata secondo le necessità assistenziali per attività di reparto ed ambulatoriale. Tali ore, se garantite dai medici di assistenza primaria, sono aggiuntive a quelle di apertura degli studi medici previste come obbligatorie dagli accordi nazionali gestite dal Medico di Assistenza Primaria della struttura in maniera flessibile secondo le necessità assistenziali garantendo almeno due ore di presenza mattutina.
 - N.8 ore giornaliere di disponibilità intesa come disponibilità telefonica al personale di assistenza della struttura con eventuale svolgimento di "visita domiciliare" all'assistito ricoverato nella struttura così come descritta dall'ACN .
5. nelle notti, nei giorni festivi e nei giorni prefestivi (compresa la fascia oraria 8 -10 se il gruppo di medici che stipula il presente accordo non aderisce alla forma di assistenza aggiuntiva di cui all'art. 20 dell'AIR), l'assistenza per un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5) sarà garantita dai medici di Continuità assistenziale che, oltre a prestare il loro servizio per il bacino di utenza distrettuale loro affidato, garantiranno l'assistenza agli ospiti della struttura. Al fine di ottimizzare l'assistenza sanitaria territoriale, il Distretto provvederà a dislocare la sede di continuità assistenziale territorialmente competente in quella struttura nel rispetto della DGR 139/2016. I medici che aderiscono alla forma di assistenza aggiuntiva assolvono al loro obbligo dando la loro disponibilità all'interno della struttura residenziale anche per i propri assistiti.
6. i medici di medicina generale che aderiscono agli specifici accordi locali e sono presenti nella struttura dovranno garantire:



- La gestione e le attività sanitarie relative ai pazienti ricoverati nei posti letto del sistema della residenzialità – ospedale di comunità
 - Le attività oggetto del coordinamento di cui all'art. 14 c.12 dell'AIR ed integrate nel presente accordo al comma 15
 - Il rispetto dei protocolli operativi condivisi per la gestione del mantenimento delle funzioni vitali (in corso di implementazione)
 - Ogni altra prestazione medica necessaria ai pazienti e alla struttura secondo "scienza e coscienza".
7. al medico di assistenza primaria che effettivamente svolgerà tali funzioni, per ciascuna giornata di assistenza, per le 12 ore e come sopra descritte, sarà corrisposto un compenso massimo pari ad euro 150,00 onnicomprensivo (più ENPAM – art.60ACN – 10.375% a carico azienda) che potrà essere suddiviso e gestito a livello locale anche in base alle diverse attività da svolgere per il modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5)
8. al medico di CA, operante nel territorio in cui insiste la struttura, per la collaborazione alla gestione dell'ospedale di comunità, oltre al compenso orario previsto dall'ACN sarà corrisposta una quota oraria aggiuntiva di euro 3,00 onnicomprensivo (più ENPAM art.72ACN – 10.375% a carico azienda) per tutte le ore prestate nella struttura diurne, notturne, festive e prefestive per un modulo da 10 (non inferiore a 5 posti letto)
9. I Medici di assistenza primaria e di Continuità Assistenziale che prestano assistenza all'interno dell'Ospedale di Comunità, avranno cura di prendere visione dell'attività giornaliera svolta dai colleghi, al fine di garantire la continuità dell'assistenza dei pazienti per quanto di competenza nel modulo da 10 (non inferiore a 5 posti letto)
10. Per ogni Ospedale di Comunità ai sensi dell'art.15 comma 12, in analogia alle strutture con un numero di ospiti maggiore o uguale a 40, le aree vaste, con riferimento ai Distretti coinvolti, in sede di contrattazione individueranno un coordinatore Medico fra i Medici di Assistenza Primaria o di Continuità Assistenziale (ad incarico annuale) presenti nella struttura, prevedendo una rotazione secondo quanto previsto dall'AIR articolo 15 commi 12, 13, 14. Tale Coordinatore sarà indicato congiuntamente dai medici di AP e CA afferenti alla struttura residenziale
11. Il coordinatore dovrà garantire almeno una convocazione mensile di una riunione collegiale composta oltre che dai MMG anche da altre figure ritenute utili (ed es coord infermieristico, etc) per la programmazione dell'attività e delle eventuali carenze per quanto di competenza.
15. Il medico coordinatore della struttura residenziale, dovrà comunque svolgere i compiti di cui al comma 12 e 13 dell'AIR DGR 751/ 07 e cioè:

b) *indirizzare la collaborazione del personale infermieristico e di assistenza;*



AA

- c) *mantenere i rapporti tra la/le Direzione/i della/e Struttura/e e il Direttore del Distretto;*
 d) *concordare le presenze dei medici nella/e struttura/e, l'eventuale realizzazione di sistemi informatizzati per l'attività prescrittiva e di monitoraggio nell'uso delle risorse;*
 e) *al fine di consentire la fornitura diretta di farmaci da parte del Servizio farmaceutico, partecipare alla costruzione di un prontuario terapeutico concordato a livello zonale con la Direzione della Zona (oggi Area Vasta) e verificarne l'uso esclusivo nelle prescrizioni all'interno della struttura da lui coordinata;*
 f) *organizzare almeno due incontri annuali al fine di valutare sotto il profilo della appropriatezza attraverso i metodi di audit e peer-review, le attività clinico assistenziali ovvero attraverso l'organizzazione di sessioni formative rivolte a migliorare il servizio all'interno della struttura stessa.*

Il coordinatore, dovrà relazionare periodicamente al direttore del Distretto in merito a tutte le attività sopra indicate. Tale incarico ha durata non inferiore ad un anno e può essere conferito con il criterio della rotazione. A livello locale per particolari esigenze può essere concordata una durata superiore.

Sarà anche necessario che il coordinatore preveda le modalità di confronto e di rapporto tra i medici di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale e i dipendenti presenti.

16. Al coordinatore verrà corrisposto un compenso annuo omnicomprensivo non superiore a quanto previsto dall'articolo 15 comma 14 dell'AIR:

Il compenso per la funzione di coordinamento è stabilito a livello zonale (oggi Area Vasta con riferimento alle singole strutture Distrettuali). Esso comunque non potrà essere superiore a Euro 1.550,00 lordi annui omnicomprensivi, e dovrà essere corrisposto previa verifica dell'attività svolta da parte del Direttore del Distretto. (più empam). mediante quanto previsto dal comma 15.

17. Il contenuto della cartella clinica è quello esposto nell'AIR art. 15 comma 13:

Per ogni paziente ospite il M.M.G. compilerà una Scheda Clinica orientata per problemi, su supporto informatico se disponibile presso la struttura, sulla quale avrà cura, sotto la propria responsabilità, di annotare:

- *ogni intervento effettuato che il sanitario ritenga di dover segnalare;*
- *l'esame clinico orientato per problemi;*
- *l'esame obiettivo e il raccordo anamnestico orientato per problemi;*
- *la terapia e le eventuali variazioni;*
- *ogni richiesta rivolta alla Z.T. (oggi Area Vasta con riferimento alle singole strutture Distrettuali);*
- *gli interventi e le visite specialistiche;*
- *gli accertamenti diagnostici e le loro risultanze;*
- *ogni altra considerazione clinica ritenuta necessaria dal medico stesso.*

Tale scheda dovrà essere accessibile a tutti gli operatori per quanto di loro competenza che operano nella struttura ed accompagnare l'assistito in caso di ricovero ospedaliero ad integrazione dell'Allegato E dell'ACN.

Nella cartella dovranno essere presenti tutte le documentazioni relative al consenso informato da parte degli assistiti. Negli ospedali di comunità verranno gradualmente

AA
 mag.
 ell
 A
 g
 se

implementati sistemi informatizzati di gestione della cartella clinica anche al fine della dematerializzazione della ricetta.

18. Per la gestione delle strutture residenziali –ospedali di comunità risultano essere applicabili anche i commi 19 e 20 dell'art.15 AIR:

Le Zone Territoriali (oggi Aree Vaste) con riferimento alle singole strutture Distrettuali) possono prevedere sviluppo di Accordi a livello periferico che migliorino l'appropriatezza dell'intervento del MMG all'interno del Sistema della residenzialità.

Per ogni controversia interpretativa la sede competente di soluzione viene individuata nell'articolazione territoriale del Comitato Aziendale per la medicina generale, per quanto di competenza.

19. La rendicontazione delle attività svolte e la turnazione ai fini del pagamento dovrà essere presentata ogni fine mese agli uffici del Distretto dove insiste l'Ospedale di Comunità così come avviene per la turnazione della Continuità Assistenziale, ADP/ADI. Le stesse saranno pagate non oltre i 60 giorni dalla data di consegna della relativa documentazione.

20. Entro sei mesi dalla sottoscrizione del presente accordo, l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza della Medicina Generale proporrà al Comitato Regionale un insieme di indicatori idonei a valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione della struttura da parte degli stessi Medici di Medicina generale

21. I medici di medicina Generale operanti nella struttura sono tenuti a trasmettere ed implementare tutti i flussi di dati necessari (es. flussi FAR...) come prescritto dalle norme vigenti e nel rispetto della normativa sulla prescrizione delle ricette.

22. Recesso e modifiche - Eventuali variazioni negli specifici accordi locali, inerenti le singole strutture, dovranno essere concordate fra le parti e fatte oggetto di espressa richiesta almeno tre mesi prima.

23. L'Accordo per la parte regionale è vigente dal giorno successivo alla sua sottoscrizione ed è valido fino alla sottoscrizione di nuovi ACN o AIR. L'Accordo locale per l'applicazione nelle singole strutture è vigente dal giorno successivo alla sottoscrizione dello specifico accordo aziendale. L'accordo aziendale per singola struttura ha durata di tre anni e potrà essere tacitamente rinnovato, salvo adeguamento a seguito della sottoscrizione di nuovi ACN o AIR.

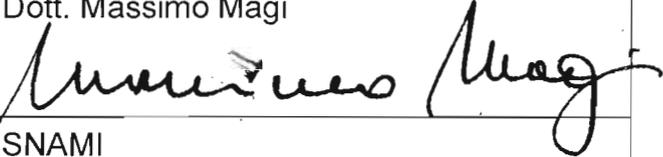
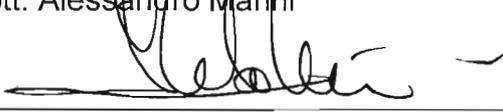
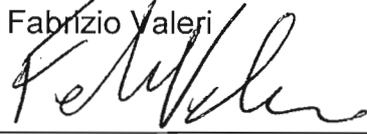
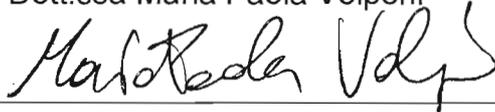
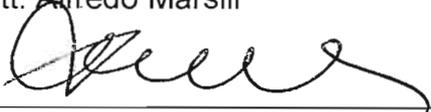
NORME TRANSITORIE

Il presente Accordo risulta vigente, anche per quelle Sperimentazioni di Ospedale di Comunità già operative alla data di entrata in vigore del presente accordo, fatti salvi i diritti acquisiti per precedenti intese ed eventuali adattamenti organizzativi, contrattuali ed economici in applicazione al presente accordo.

Per le situazioni di strutture residenziali già attivate con un numero di posti superiori a 10, nelle quali risulta che già i medici di Continuità Assistenziale abbiano iniziato a svolgere la loro funzione di raccordo tra la struttura e la Medicina Generale, le stesse verranno riviste

PAG
16

AA dall'ASUR entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo. Gli adattamenti per i posti aggiuntivi dovranno essere applicati dalle singole aree vaste alla luce delle necessità territoriali. Gli Accordi già sviluppati in sede di Comitato Aziendale della Medicina Generale e vigenti avranno comunque validità fino alla stipula di nuovi accordi.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA' Dott.ssa Lucia Di Furia 	FIMMG Dott. Massimo Magi 
IL DIRETTORE GENERALE DELL'ASUR Dott. Alessandro Marini 	SNAMI Dott. Fabrizio Valeri 
	SMI Dott.ssa Maria Paola Volponi 
	INTESA SINDACALE Dott. Alfredo Marsili 

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MARCHE
Dott. Luca Ceriscioli