PREINTESA PER LA STESURA DELL'ACCORDO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. PER GLI ANNI 2011-2012.

In attuazione dell'ACN 29 luglio 2009

1. SISTEMA CRS SISS – RICETTA ELETTRONICA

Premesso che a seguito della emanazione del D.M. 14 luglio 2010, è diventata obbligatoria la prescrizione delle ricette tramite il sistema CRS SISS.
Premesso che ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009, i medici convenzionati si impegnano a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo, tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR.
Ai sensi di quanto disposto dal comma 4 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009, per l'anno 2011 ai Medici di Medicina Generale che effettuano l'80% delle prescrizioni tramite il sistema CRS-SISS viene riconosciuta una quota di 1,25 €/assistito/anno, al fine di permettere al medico la manutenzione ed il rinnovo delle dotazioni informatiche necessarie per adempiere a tale impegno.
Entro il 31/12/2011 verrà istituito un tavolo tecnico con il compito, entro il 29/02/2012, di valutare la possibilità di prevedere un compenso forfettario mensile per i medici che utilizzano il sistema CRS SISS e di definire, per il 2012, gli obiettivi di miglioramento a livello regionale ad esso collegati.
Rimangono a carico della Regione, con modalità analoghe alle attuali, le spese per il provider (connettività e assistenza al software delle postazioni CRS SISS).
In caso di inadempienza dell'obbligo di cui al D.M. 14 luglio 2010 (obbligo di invio telematico di almeno l'80% delle prescrizioni) sopra citato, il medico sarà sottoposto alle sanzioni previste dall'art. 59 ter del vigente ACN (decurtazione del 1.15% del compenso complessivo in caso di non raggiungimento della soglia prevista).

2. ASSOCIAZIONISMO

Al fine di riequilibrare la allocazione di risorse, di rispondere in modo etico e deontologico alla domanda di salute e di garantire un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario, così come previsto dall'ACN vigente, Regione Lombardia e le Organizzazioni sindacali di categoria convengono che a far data dal 01/01/2011, verranno riconosciute le indennità spettanti ai sensi del vigente ACN esclusivamente alle forme di associazionismo, c.d. di gruppo e rete, attivate dal 01/01/2009 fino al 31/12/2010.
Sempre a far data dal 01/01/2011 saranno riconosciuti, qualora già presenti, come da rilevazione effettuata presso le ASL nel mese di marzo 2011, anche gli oneri connessi all'utilizzo del personale di studio e del personale infermieristico. Restano confermate le forme associative di gruppo e di rete già attivate e riconosciute al 31/12/2008. Le ASL, dovranno periodicamente verificare la sussistenza dei requisiti previsti dall' art.54 ACN 29 luglio 2009 per le forme associative riconosciute nel territorio di competenza.
A sensi dell'art 59 lettera B comma 4 dal 01/04/2012 alla forma di associazionismo c.d. semplice non verrà più riconosciuto alcun contributo. Entro il 31/03/2012 verrà effettuato un monitoraggio per verificare quanti Medici di Medicina Generale facenti parte di associazioni semplici al 31/12/2011 abbiano manifestato la volontà di costituire nuove forme associative di rete o gruppo. A tali medici, nel caso Accordi Integrativi Regionali successivi al presente prevedano la possibilità di accedere al riconoscimento delle indennità relative a eventuali nuove forme di associazionismo gruppo/rete, sarà garantita la priorità nell'accesso alle stesse, qualora abbiano provveduto alla costituzione entro il 31/12/2012.

3. FONDO DI QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA

Al fine di garantire un uso etico delle risorse (ai sensi dell'art. 4, comma1, lett. E) del vigente ACN) e di favorire un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie, si conviene che l'adesione alle progettualità previste dai fondi di qualificazione dell'offerta comprenda in aggiunta a quanto già disposto dai precedenti accordi l'apertura dello studio nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività.

4. GOVERNO CLINICO

In attuazione di quanto disposto dall'art. 59 lett. B, comma 15 del vigente ACN, entro 45 giorni dall'approvazione del presente Accordo, ciascuna Azienda Sanitaria Locale, previa intesa in sede di comitato Aziendale, dovrà presentare alla Direzione Generale Sanità, l'Accordo Aziendale per il Governo Clinico della Medicina Generale. Il Comitato Permanente Regionale entro il 31/12/2011, verificherà la compatibilità ai sensi dell'art. 59 lettera B comma 15 e la coerenza con gli obiettivi di interesse regionale, dei progetti presentati. Per il 2012 le ASL dovranno presentare i progetti entro il 29/02/2012 e la verifica di competenza del Comitato Permanente Regionale dovrà essere compiuta entro il 30/04/2012.
Al fine di una corretta formulazione dei progetti di cui sopra, si conviene che questi devono essere orientati a soddisfare le esigenze presenti a livello territoriale, devono fissare obiettivi certi e misurabili, permettere una valutazione quali/quantitativa sia dei risultati di processo raggiunti che dell'attività del singolo medico. Si ritiene di interesse regionale, riconoscere per la corresponsione della quota di governo clinico, l'adesione a progetti Regionali/Aziendali anche sperimentali rivolti alla presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche e progetti inerenti attività di prevenzione.
All'adesione al progetto di governo clinico verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN, la rimanente quota, previa verifica del nucleo di valutazione aziendale, sarà corrisposta a saldo proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi fissati, entro maggio 2012.

5. RAPPORTO OTTIMALE

In considerazione della disomogenea diffusione della popolazione assistita sul territorio data, in particolare, dalla presenza di agglomerati urbani di vaste dimensioni, che ne assorbono più del 50%, Regione Lombardia e le organizzazioni sindacali di categoria, facendo ricorso alla possibilità concessa dall' art. 33, comma 9, del vigente ACN, fissano il rapporto ottimale a un medico ogni 1300 abitanti o frazione superiore a 650, detratta la popolazione di età compresa fra gli 0 e i 14 anni, nonché la popolazione in carico alle RSA, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Fermo restando che è data facoltà alle singole Aziende, in virtù di specifiche esigenze presenti sul territorio, previo parere favorevole del Comitato Aziendale e tramite l'adozione di apposito provvedimento motivato, di ridurre il rapporto ottimale da 1/1300 fino a 1/1000, è data altresì facoltà alle ASL, sempre previo parere favorevole del Comitato Aziendale, di raggiungere il rapporto ottimale di 1/1300 in maniera graduale.

6. MASSIMALE DI SCELTE

Per quanto espresso dal presente Accordo Regionale, e in applicazione del vigente ACN, artt. 12 e 39, si conviene che le scelte temporanee non concorrono alla formazione del massimale individuale. In deroga a quanto previsto dall'art. 39 comma 6 del vigente ACN, è consentito al medico di medicina generale autolimitare il proprio massimale a 1000 assistiti. Le scelte temporanee,

sommate alle scelte ordinarie, non possono concorrere alla assegnazione al singolo medico di un numero di assistiti, complessivamente considerati, superiore alle 1750 unità.
Analogamente al medico autolimitato non può essere assegnato un numero di assistiti, complessivamente considerati, superiore del 16% al limite individuato.

7. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

E' data facoltà alle ASL, qualora, espletate tutte le procedure previste dal vigente ACN per la copertura delle ore di continuità assistenziale, persista l'impossibilità di reperire medici in possesso dei titoli richiesti per esercitare la medicina generale, in numero sufficiente a garantire in modo continuativo la copertura degli organici delle sedi e conseguentemente le attività assistenziali richieste dai cittadini, di consentire ai Medici di Medicina Generale convenzionati per la Continuità assistenziale e per la Assistenza Primaria, qualora ne facciano richiesta, in deroga all'art. 65 del vigente ACN, di mantenere l'incarico di Continuità Assistenziale a 12 ore settimanali qualora non abbiano ancora raggiunto le 1200 scelte, l'incarico a 24 ore settimanali qualora non abbiano ancora raggiunto le 900 scelte. La cessazione dell'incarico per il raggiungimento dei limiti di scelte di cui sopra ha effetto, nei confronti dell'incarico di Continuità Assistenziale dal sesto mese successivo a quello in cui si determina il superamento del numero di 1200 assistiti o nel caso in cui venga reperito candidato idoneo a ricoprire le ore di incarico assegnate secondo la procedura sopra riportata.
Si richiamano le ASL alla applicazione degli artt.68 e 71 del vigente ACN.

8. SOSTITUZIONI A TEMPO DETERMINATO

Ai sensi dell'art.11 comma 2, D.M. del 7 marzo 2006, secondo il dettato dell'art. 19, comma 11, della legge n. 448 del 28 dicembre 2001, ai medici in formazione sono consentite - unicamente nei casi di accertata carente disponibilità dei medici già iscritti nei relativi elenchi regionali per la medicina convenzionata e purchè compatibili con lo svolgimento dei corsi stessi - le sostituzioni a tempo determinato di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, nonchè le sostituzioni per le guardie mediche notturne, festive e turistiche.
Si dà mandato alle ASL di verificare preventivamente l'effettiva sussistenza dello stato di carenza.

9. DISPOSIZIONI FINALI

Le quote previste dal comma 2 dell'art. 8 dell'ACN 8 luglio 2010, sono utilizzate per il finanziamento del presente Accordo Integrativo Regionale.
In caso di cessazione del rapporto convenzionale, le quote di cui al presente AIR vengono corrisposte limitatamente ai mesi di effettiva attività e con riferimento al numero di scelte in carico nel mese precedente la cessazione.
Le parti concordano di attivare un Gruppo di Approfondimento Tecnico per verificare la modulistica presente nelle varie ASL per le prescrizioni di ausili e presidi medico chirurgici per una applicazione uniforme a livello regionale ed eventuale semplificazione.
Le parti convengono che entro il 15/07/2012 verrà valutata la possibilità di introdurre eventuali modifiche migliorative al presente Accordo anche di natura economica.
Per quanto non espressamente disciplinato dal presente accordo si rinvia ai contenuti normativi ed economici degli accordi regionali precedentemente sottoscritti.
Per quanto riguarda i rapporti con la Medicina dell'emergenza sanitaria territoriale, si rimanda ad ulteriori accordi da definirsi con l'Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza.

Milano 5 ottobre 2011

PER LA DIREZIONE GENERALE SANITÀ

Carlo Lucchina

Marco Paternoster

Maddalena Minoja

Marco Luca Caroli

PER LE AZIENDE SANITARIE

Mara Azzi

Claudio Garbelli

Nicola Mucci

PER LE OO.SS

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE

Sindacato dei Medici Italiani

Regione Lombardia

DICHIARAZIONE A VERBALE

. SMI (ed UMI sua sigla affiliata) non concordano sul punto 2 –associazionismo- nella parte che prevede il mancato riconoscimento economico ,così come previsto dall'art54 e dall'art.59 lettera B comma 4 e 5 dell'ACN , delle forme associative semplici dal momento della volontà manifestata ad evolvere in forme di gruppo/rete e fino al momento del riconoscimento di queste ultime.

. Per quanto attiene al punto 9 .disposizioni finali. SMI /UMI precisano che il Gruppo di Approfondimento Tecnico dovrà verificare il carico burocratico ,che impegna l'attività del Medico di Assistenza Primaria, nell'ottica di una semplificazione e dematerializzazione.

. SMI (ed UMI sua sigla affiliata) chiedono, così come sollecitato durante le trattative, il pagamento degli arretrati per il 2010 previsti dal comma 2 dell'articolo 8 dell'ACN 8 Luglio 2010

SMI

dottor Enzo Scafuro

Enzo Scafuro

UMI

dottor Francesco Falsetti

Milano 06/10/2011

Sede Regionale- Piazza Frattini 15 -20146 Milano Tel. 02/4222880 Fax: 02. 425228
Sito Internet :www.lombardia.sindacatomediciitaliani.it E-mail: smi.lombardia@sindacatomediciitaliani.it

NOTA A VERBALE

INTESA SINDACALE ritiene che il mancato riconoscimento delle quote previste dall'ACN per l'associazionismo semplice con decorrenza 1 aprile 2011 sia eccessivamente penalizzante per i medici di assistenza primaria interessati e pertanto chiede che nel prossimo accordo integrativo regionale siano reperite le risorse economiche da destinare a questi medici per coprire il periodo di vacanza contrattuale intercorrente nel passaggio da una forma associativa all'altra