



## REGIONE TOSCANA GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26-06-2001 (punto N. 36)

**Delibera**

N. 686

del 26-06-2001

*Proponente*  
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

*Pubblicita'/Pubblicazione:* Atto soggetto a pubblicazione per estratto

*Dirigente Responsabile:* Laura Tramonti

*Estensore:* Silvia Montelatici

*Oggetto:*

Approvazione "Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del DPR n. 270 del 28 Luglio 2000".

*Presenti:*

TITO BARBINI

SUSANNA CENNI

MARCO MONTEMAGNI

MARIA CONCETTA ZOPPI

PAOLO BENESPERI

RICCARDO CONTI

ANGELO PASSALEVA

CHIARA BONI

TOMMASO FRANCI

ENRICO ROSSI

*Assenti:*

AMBROGIO BRENNA

*Presidente della seduta:*

CLAUDIO MARTINI

*Segretario della seduta:*

CARLA GUIDI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	No	Cartaceo	Accordo

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	Denominazione
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

PUBBLICATO SUL BURT N. 29 DEL 18/07/2001, PARTE II  
SEZIONE I



## LA GIUNTA REGIONALE

Premesso:

- che l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo dal DPR 28 Luglio 2000, n° 270, prevede che vengano stipulati accordi a livello regionale per l'attuazione di alcuni aspetti contrattuali;

- che l'Assessore al Diritto alla Salute, una delegazione dei Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. e le Organizzazioni sindacali hanno sottoscritto, in data 11 giugno 2001, l'Accordo integrativo per la medicina generale in applicazione del D.P.R. n. 270 del 28.7.2000;

Considerato:

- che è opportuno dar corso all'attuazione del suddetto Accordo regionale per gli aspetti concernenti le Aziende UU.SS.LL. e per quanto riguarda l'Amministrazione regionale;

A Voti Unanimi

## DELIBERA

- di approvare l'Accordo integrativo regionale per la medicina generale in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo col DPR n°270/2000, di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di incaricare il Dipartimento del Diritto alla salute e le Aziende UU.SS.LL. dell'attuazione dell'Accordo per le parti di rispettiva competenza.

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana per estratto ai sensi dell'art. 3 comma 2 della L.R. 18/96.

SM/ug

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL COORDINATORE  
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile  
LAURA TRAMONTI

Il Coordinatore  
MARIO ROMERI

**REGIONE TOSCANA GIUNTA REGIONALE****Delibera****N. 686 del 26 Giugno 2001**

La presente copia, composta di n. 4 pagine di cui una di frontespizio e questa pagina di attestazione, riprodotta mediante sistemi informatici per uso amministrativo interno e per uso di altri pubblici uffici.

**E' CONFORME ALL'ORIGINALE DELL'ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA.**

L'originale dell'estratto del verbale sottoscritto dal Coordinatore del Dipartimento competente per la Segreteria della Giunta e il verbale, sottoscritto dal Presidente e dal Segretario della seduta sono conservati presso la Segreteria della Giunta sotto la responsabilità del Coordinatore Valerio Pelini.

La presente copia è riprodotta secondo le modalità previste dall'art. 6 quater della L.15.3.1991 n.80 e dall'art. 3 del D.LG 12.2.1993 n.39.

# **REGIONE TOSCANA**

## **ACCORDO INTEGRATIVO PER LA MEDICINA GENERALE**

**IN APPLICAZIONE DEL DPR  
N° 270 DEL 28 LUGLIO 2000**

## 1. PREMESSA

*Il presente accordo regionale ed i conseguenti accordi aziendali costituiscono lo strumento operativo e professionale con il quale i Medici di Medicina Generale vengono coinvolti:*

- *Nel processo di programmazione e di controllo del Budgeting distrettuale, al fine di migliorare il rapporto costi/efficacia delle prestazioni e delle attività socio-sanitarie distrettuali, in applicazione di progetti regionali ed aziendali finalizzati.*

### 1.1 IL SISTEMA SANITARIO E LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE

In tutti i paesi occidentali si assiste in questi ultimi due decenni alla definizione e all'attuazione di profonde riforme dei sistemi sanitari con l'obiettivo fondamentale di ricostruire il *necessario equilibrio* tra costi dei servizi e risorse messe a disposizione dal *welfare community*, con un assetto sociale sempre più caratterizzato dall'invecchiamento continuo della popolazione, dall'estensione di patologie croniche, dalla costante applicazione del progresso tecnologico nel settore medico. Pur in presenza di modelli istituzionali ed organizzativi molto diversi tra di loro, in tutti i processi di ristrutturazione si rileva la tensione comune di *riformare* in modo più o meno radicale le *cure primarie* riconoscendo loro un maggior rilievo nella *funzione di governo del sistema*.

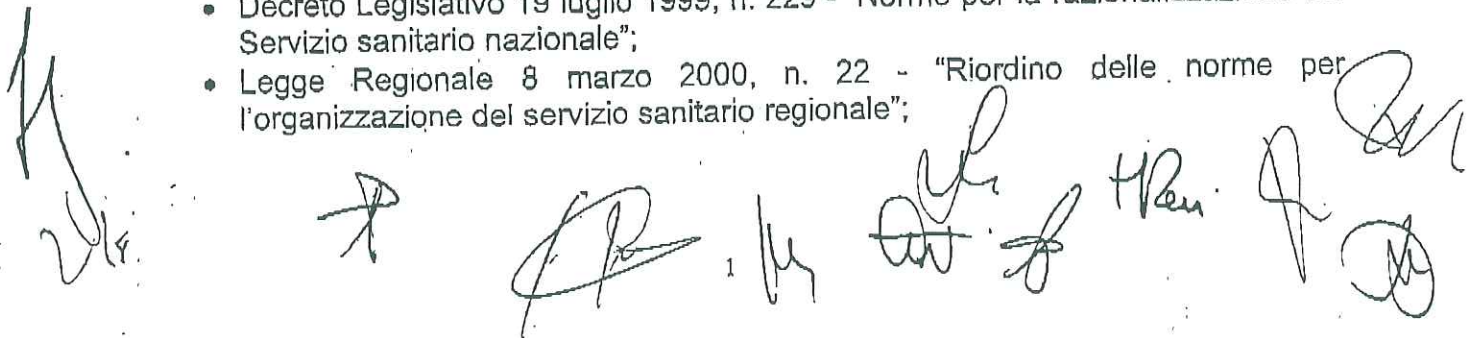
L'obiettivo generale è quello di migliorare il rapporto costi / efficacia del sistema sanitario operando al fine di mantenere un livello di spesa compatibile con le risorse

Per raggiungere l'obiettivo indicato esistono almeno *quattro indirizzi da perseguire* nell'area della medicina generale:

- *Qualificazione della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie*
- l'orientamento, la qualificazione e l'appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie specialistiche;
- la deospedalizzazione, da realizzare con l'implementazione della attività ambulatoriale e domiciliare;
- l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica.

Il quadro normativo che regola i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e i medici di medicina generale è il seguente:

- Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale";
- Legge Regionale 8 marzo 2000, n. 22 - "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale";



- Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270 - Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale

Nel sistema attuale, orientato a valorizzare le cure primarie, il medico di medicina generale ricopre un ruolo basilare nel percorso assistenziale dei pazienti e diventa soggetto attivo della programmazione. Lo sviluppo del rapporto con la medicina di base comporta l'adozione di un complesso di interventi ispirati alle logiche generali di controllo del sistema e allineati alle esigenze del contesto operativo locale

## 1.2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

### LE ESPERIENZE 1.2.1

Le esperienze maturate in Regione Toscana negli ultimi cinque anni evidenziano l'incompleta realizzazione delle previsioni del Piano sanitario regionale in tema di rapporti tra medici di medicina generale e Servizio sanitario regionale. Si registrano ancora scostamenti di notevole entità tra bisogni espressi dai cittadini e capacità di risposta.

Sono state tuttavia registrate positive esperienze che, da un lato, hanno determinato una crescita culturale dei medici di medicina generale e, dall'altro, hanno fatto alimentare nelle aziende sanitarie e negli specialisti la consapevolezza del ruolo portante che i medici di medicina generale esercitano sul miglioramento qualitativo delle prestazioni e sulla sostenibilità del sistema. In molte Aziende si sono così attuate esperienze di associazionismo (*team*, medicina di gruppo, medicina cooperativa), hanno preso corpo i primi tentativi di *budget* per i medici di medicina generale (p. es. modello organizzativo Azienda USL 3 di Pistoia), sono state svolte collaborazioni nell'ambito delle strutture distrettuali, si è dato corso a contatti sempre più intensi con gli specialisti ospedalieri.

Tutto ciò ha consentito di realizzare alcuni importanti obiettivi, quali l'avvicinamento dei medici di medicina generale alle strutture ospedaliere e la considerazione da parte degli specialisti ospedalieri del ruolo attivo del medico di medicina generale. Più in generale, anche sotto il profilo dell'appropriatezza delle cure, i medici di medicina generale hanno dato un prezioso contributo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione ed al contenimento della prescrizione farmaceutica, nell'ambito delle scelte di politica sanitaria nazionale. Proprio le numerose ed interessanti esperienze maturate e gli incoraggianti risultati raggiunti costituiscono una base di grande importanza per delineare traguardi più ambiziosi di partecipazione e di integrazione del medico di medicina generale nel sistema sanitario regionale della Toscana.

A tal fine si ritiene che si possano perseguire obiettivi di alto rilievo, da realizzare in maniera uniforme in tutte le Aziende della Toscana, in grado di attuare i contenuti delle recenti normative e dell'Accordo Collettivo Nazionale.

A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in length and complexity, including some that appear to be initials or short names.



## GLI OBIETTIVI DA PERSEGUIRE 1.2.2.

Nella cornice del Piano Sanitario Regionale vigente il presente accordo vuole realizzare i seguenti obiettivi essenziali:

- attuare i percorsi assistenziali;
- sviluppare la qualità dei servizi;
- perseguire l'appropriatezza delle prestazioni.
- *Migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni erogate dall'area delle Cure Primarie*

Tali obiettivi possono essere conseguiti solo in un quadro di sostenibilità complessiva del sistema e attraverso adeguati strumenti attuativi, quali, in particolare, il potenziamento dei servizi distrettuali.

### I percorsi assistenziali 1.2.2.1

L'obiettivo che la Regione Toscana si è data per il miglioramento dell'assistenza è quello di passare da un sistema che offre le prestazioni ad uno che organizza opportunità di accesso ai servizi, garantendo al cittadino la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili. Il Medico di medicina generale è responsabile nei confronti del cittadino dell'attivazione del percorso assistenziale, fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni di accesso ai servizi sanitari (Artt.3 e 4 L.R. 22/2000).

In tale ottica il punto innovativo e qualificante è costituito dalla funzione del medico di medicina generale come primo referente dei bisogni sanitari del cittadino in quanto capace di accoglienza, ascolto, indirizzo della domanda del paziente.

Nella realtà regionale toscana occorre realizzare percorsi assistenziali di carattere sanitario e sociale, altamente integrati tra loro. Vi è infatti consapevolezza che solo l'alta diffusione dei servizi sociali può consentire questo salto di qualità nell'azione dei professionisti e delle strutture deputate all'erogazione. In tale contesto il medico di medicina generale verrà a porsi anche come elemento di guida del percorso assistenziale e di verifica dei risultati raggiunti.

### La qualità dei servizi 1.2.2.2

L'orientamento alla qualità costituisce un obiettivo generale che deve informare tutto il sistema e l'azione di tutti gli attori dello stesso. In tal senso il contributo dei medici di medicina generale, così come quello degli specialisti ospedalieri, deve prioritariamente essere orientato alla salvaguardia della salute dei cittadini con azioni di tipo preventivo, di educazione alla salute e di corretto orientamento della domanda di prestazioni sanitarie.

A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are varied in style, including some that appear to be initials or stylized names. There are approximately 10-12 distinct marks, some of which are quite large and prominent.

Un secondo aspetto è quello relativo allo sviluppo di un rapporto con i cittadini che si ponga l'obiettivo di una maggiore informazione degli stessi, di una partecipazione consapevole e di uno sviluppo del consenso informato.

#### L'appropriatezza delle prestazioni 1.2.2.3

L'appropriatezza delle prestazioni, ivi compresi gli aspetti prescrittivi, costituisce probabilmente la chiave di volta per garantire la sostenibilità del sistema universalistico e quindi la garanzia della permanenza dello stesso.

In proposito i medici di medicina generale si impegnano a *concorrere al raggiungimento* dell'obiettivo di "migliorare il rapporto costi efficacia del sistema sanitario mantenendo un livello di spesa compatibile con le risorse disponibili".

#### Miglioramento quali/quantitativo delle prestazioni delle cure primarie 1.2.2.4

*L'attenzione posta sulla potenzialità di risposta della medicina generale ai bisogni delle popolazioni attraverso le prestazioni erogate direttamente negli studi professionali e nei presidi distrettuali, rende necessaria la definizione sia delle prestazioni da erogarsi al primo livello dell'area delle cure primarie sia di quelle di secondo livello, specialistico, al fine di:*

- ridurre i costi sociali di accesso ai servizi,
- evitare che prestazioni di primo livello siano erogate dal secondo livello a costi più alti
- evitare la duplicazione delle prestazioni
- aumentare la produttività diretta dell'area delle cure primarie utilizzando la estrema flessibilità operativa degli operatori.

#### LA SOSTENIBILITA' 1.2.3

Per il raggiungimento di tali obiettivi esistono elementi di sostenibilità finanziaria del sistema correlati all'area della medicina generale, che vanno assunti come quadro generale di riferimento della procedura negoziale. Le parti convengono che la sostenibilità del sistema sanitario regionale passi attraverso un corale impegno di tutti gli attori interessati, istituzionali e tecnici, per orientare la prescrizione a criteri di rigorosa appropriatezza.

In ogni caso, per mantenere la sostenibilità del sistema, la Regione, le Aziende USL, i medici di medicina generale si impegnano, nell'ambito dei propri livelli di responsabilità, ad operare, nel corso del 2001, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica rispetto al 2000 secondo i parametri previsti dalla Regione Toscana per l'anno 2001, valutati secondo quanto previsto dall'art 72, punto 6, DPR 270/2000;

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with a date '4' written below them.

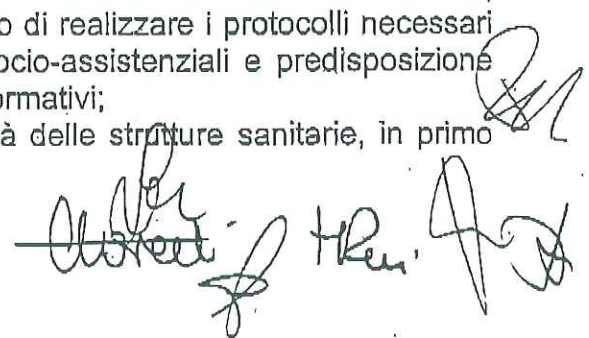
2. realizzazione del tasso di ospedalizzazione previsto dagli atti di programmazione regionale (Piano Sanitario Regionale 1999-2001);
3. rispetto della prescrizione specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dalla Deliberazione della G. R n.152 del.23.02.1998;

Specifici obiettivi annuali saranno oggetto di intese per il periodo di vigenza del presente accordo.

#### 1.2.4. GLI STRUMENTI

Per la realizzazione degli obiettivi sopra indicati sono da ritenersi fondamentali i seguenti strumenti:

- 1- strutturazione degli Uffici di Coordinamento distrettuale ex art.56 L.R. 22/2000, al cui interno elaborare le modalità di realizzazione, a livello locale, dei percorsi socio-assistenziali integrati;
- 2- realizzazione di un sistema partecipativo ed integrante ai vari livelli, aziendali, zionali e distrettuali, al fine di consentire ai MMG di presenziare, a pieno titolo, alla programmazione ed al monitoraggio delle attività di cui all'art.14 del DPR 270/2000. La definizione del sistema, da disciplinarsi nello statuto aziendale, sarà compito di una apposita Commissione tecnica costituita da rappresentanti delle Aziende USL, della Regione Toscana e dei MMG che dovrà terminare i suoi lavori entro il 31 ottobre 2001 e troverà applicazione dal 2002, anche attraverso il recepimento negli atti di programmazione regionali e aziendali;
- 3- attuazione art.3-quater D.Lvo 229/99 per quanto previsto sull'attribuzione al distretto di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, in questo ambito, sulla dotazione di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda USL. Quanto sopra in relazione alla Legge regionale 22/2000 per quanto riguarda i compiti attribuiti alla zona ed al distretto (artt.55 e 56) in proposito ed al DPR 270/2000 (art.14, 1. a));
- 4- previsione, negli atti di programmazione regionale, nel triennio 2002-2003-2004, di una consequenzialità finanziaria non inferiore a quella prevista nel PSR 1999-2001 per lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali, con l'individuazione di una specifica quota da destinarsi alle attività dei Medici di Medicina generale, anche come cofinanziamento di progetti aziendali, in attuazione del DPR 270/2000 (art.14, punto 1, lett b e punto 3): Fondo distrettuale per la medicina generale;
- 5- realizzazione di un rapporto stabile e continuativo fra medici del distretto, specialisti ospedalieri e MMG, allo scopo di realizzare i protocolli necessari all'efficace realizzazione dei percorsi socio-assistenziali e predisposizione di idonei strumenti di comunicazione e formativi;
- 6- garanzia per i MMG di concreta fruibilità delle strutture sanitarie, in primo luogo quelle ospedaliere;



- 7- fruibilità, in ambito distrettuale, da parte dei MMG, di tutte le informazioni utili per l'individuazione delle soluzioni più idonee al soddisfacimento della domanda di prestazioni socio-sanitarie;

## 2. IL BUDGETING COME STRUMENTO OPERATIVO IN TOSCANA

Con il presente accordo si definisce e sostiene un processo di *budgeting*, ovvero un percorso attuativo che realizzi un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo, che si muova nel quadro normativo vigente (D.Lgs. n. 229 del 1999, L.R. n. 22 del 2000, D.P.R. n. 270 del 2000) e infine sia adattabile alle caratteristiche peculiari dei diversi contesti aziendali, prevedendo quindi meccanismi di gradualità nella realizzazione del ciclo e flessibilità di attuazione in relazione alla situazione già in atto.

Il ciclo dipende in larga misura dalla capacità del sistema informativo aziendale di fornire i dati necessari, che siano epidemiologici, clinici o economici. A questo fine l'Assessore del Diritto alla Salute e i Direttori Generali si impegnano affinché vengano attivati tutti gli interventi necessari alla sua realizzazione.

### Articolazione delle fasi regionali

1. individuazione negli atti di programmazione regionale degli obiettivi generali di sistema in materia di:
  - a) orientamento e appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie;
  - b) deospedalizzazione degli interventi;
  - c) contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica;
  - d) realizzazione del percorso assistenziale di cui alla L. R. n. 22 del 2000 e alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 244 del 1.3.2000;

2. predisposizione degli elementi strutturali, necessari ai fini del raggiungimento degli obiettivi di cui al punto 1), attraverso :

- a) l'incremento degli istituti incentivanti di cui all'art. 45, lett. B2, B3, B4, B5, del D.P.R 270/2000; ( vedi allegato A)
- b) gli incrementi delle tariffe previste per gli accessi nelle RSA e negli Ospedali di Comunità, e per l'Assistenza Domiciliare Programmata(vedi Allegato "A")
- c) la realizzazione degli strumenti richiamati al punto 1.2.4

Per quanto riguarda gli istituti incentivanti di cui alla lettera a), gli incrementi indicati nell'allegato costituiscono l'investimento correlato al presente accordo. Ulteriori incrementi, richiesti dalle OO.SS e valutati d'intesa con le singole aziende USL alla fine del primo semestre di operatività del presente accordo, in caso naturalmente di totale utilizzo delle percentuali richiamate, faranno carico al FONDO di distretto, nella quota appositamente prevista per le attività della Medicina Generale. Analoga valutazione sarà fatta all'inizio degli esercizi successivi.

In caso di non utilizzo degli incrementi previsti, il corrispettivo economico sarà riversato nel FONDO di distretto.

Per la prima applicazione del presente accordo, al fine di rendere disponibili risorse nell'anno 2001, i Direttori Generali possono anticipare una quota non superiore al 50% dell'assegnazione annuale prevista per lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali nel PSR 1999-2001. Tale quota non è da intendersi come ulteriore finanziamento e come tale costituirà minore spesa per il 2002.

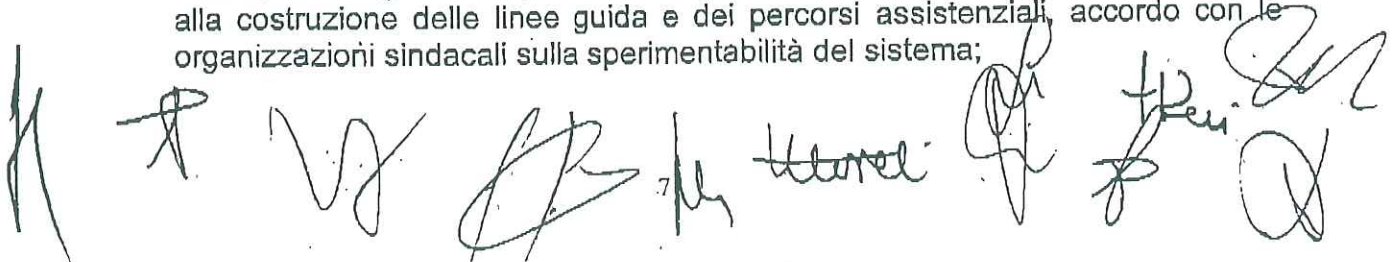
3) predisposizione a livello regionale di interventi collaterali, finalizzati comunque al raggiungimento degli obiettivi di sistema di cui al punto 1), relativi in particolare a:

- a) orientamento delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri;
- b) acquisti unificati dei farmaci da parte delle aziende USL;
- c) aspetti di formazione mirata (farmaceutica, percorsi assistenziali);
- d) coordinamento dei percorsi assistenziali in atto (cure palliative, NAD, ADI sanitaria e sociale con particolare riferimento alle dimissioni precoci e a particolari forme di presa in carico a livello domiciliare: paziente oncologico, terminale, alzheimer, etc);
- e) snellimento procedure relative all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
- f) sviluppo modelli assistenziali innovativi, in particolare Ospedali di Comunità, in tutte le aziende USL, attraverso soluzioni tendenti comunque ad individuare un numero minimo di posti per ogni distretto.

4) previsione a livello regionale (art. 12) di un'attività di monitoraggio sulla realizzazione degli accordi aziendali, sui contenuti e sugli obiettivi raggiunti, anche in considerazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale.

#### Articolazione delle fasi aziendali

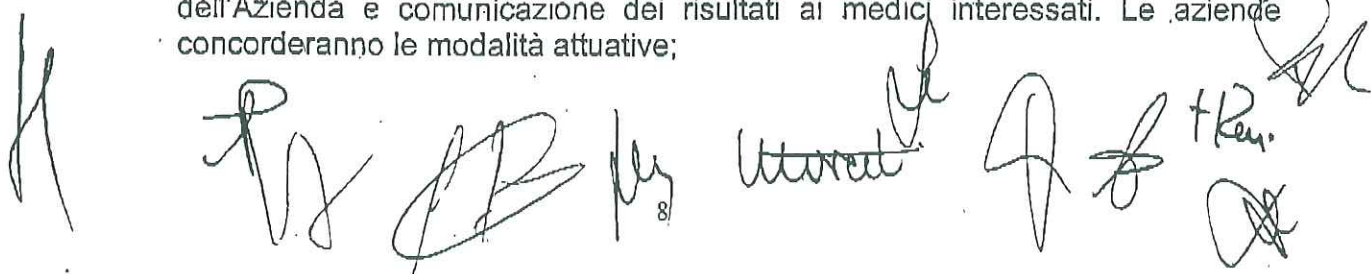
- 1) sensibilizzazione e formazione alle nuove logiche e tecniche gestionali dei medici, coinvolgimento operativo di tutte le componenti professionali interessate alla costruzione delle linee guida e dei percorsi assistenziali, accordo con le organizzazioni sindacali sulla sperimentabilità del sistema;



- 2) definizione del piano strategico dell'Azienda, sulla base degli obiettivi di sistema, ma collegato alle realtà e ai bisogni locali. E' la fase in cui i vertici aziendali, i responsabili dei servizi ed i rappresentanti della medicina generale, nelle forme partecipative individuate dalla Commissione Tecnica di cui al punto 1.2.4.2 decidono:
- gli ambiti concreti su cui agire;
  - i vincoli organizzativi e le politiche aziendali di fondo;
  - i fenomeni su cui produrre il cambiamento (ad esempio su quali patologie intervenire piuttosto che su quali consumi indotti di prestazioni sanitarie agire);
  - gli incentivi da adottare:
    - gli incentivi infrastrutturali (risorse riservate all'acquisizione di personale, di dotazione tecnologica o di spazi di esercizio della professione)
    - gli incentivi finanziari (premi monetari di diretta assegnazione al medico)
    - gli incentivi professionali (partecipazione ad attività di formazione, ad attività scientifiche e a convegni).

Da questa attività di riflessione e di valutazione deriveranno delle specifiche linee guida aziendali per la predisposizione del budget, nelle quali, oltre a presentare gli elementi del piano strategico, si indicheranno i fenomeni oggetto di cambiamento e la misura desiderata di questo;

- 3) predisposizione dei dati a consuntivo, per singolo medico, per gruppo di medici a vario titolo associati o per distretto, dei fenomeni oggetto di controllo e della spesa indotta, attraverso un sistema di *reporting* e di idonei indicatori;
- 4) svolgimento della vera e propria fase della negoziazione del *budget*, consistente in una vera e propria contrattazione degli obiettivi, nella determinazione degli indicatori per la misurazione dei risultati e nella definizione del sistema di incentivazione attraverso l'utilizzo dello specifico finanziamento di cui al Fondo distrettuale da tradursi in accordo aziendale con le OO.SS.(art. 11 c. 3). Superate le disponibilità del Fondo, le negoziazioni aziendali avverranno sulla base dell'autofinanziamento secondo quanto previsto dalle stesse;
- 5) consegna al singolo medico, o al gruppo di medici a vario titolo associati, del piano strategico, delle linee guida aziendali e dei *report* specifici dell'attività e dei costi;
- 6) monitoraggio sistematico degli indicatori - obiettivo da parte della tecnostuttura dell'Azienda e comunicazione dei risultati ai medici interessati. Le aziende concorderanno le modalità attuative;

A series of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are of varying lengths and styles, some appearing to be initials or short names. There are approximately 10-12 distinct marks, including some that look like 'H', 'R', 'AB', 'per', 'U...', 'A', 'B', 't Rem.', and 'A'.

- 7) alla fine del periodo di *budget*, saranno effettuate analisi dei risultati a consuntivo, analisi degli scostamenti e valutazioni del grado di raggiungimento degli obiettivi, finalizzate alla distribuzione degli incentivi;
- 8) i dati e tutte le attività di monitoraggio e valutazione previste nell'accordo aziendale dovranno essere predisposti ed attuati a livello di distretto dagli organismi previsti dai punti 1 e 2 del paragrafo 1.2.2.4 (Strumenti) e riportati a livello di valutazione nel Comitato di azienda.
- 9) ripresa del processo di budget per il periodo successivo, con la definizione delle nuove linee guida.

Il presente accordo prevede inoltre intese applicative di aspetti specifici del D.P.R. n.270 del 28 luglio 2000 (ALLEGATO "B").

#### Impegni delle Organizzazioni Sindacali

Costituisce impegno delle Organizzazioni Sindacali la condivisione dell'obiettivo riportato nella premessa - migliorare il rapporto costi / efficacia del sistema sanitario operando al fine di mantenere un livello di spesa compatibile con le risorse - attraverso:

- ⇒ l'applicazione dell'articolo 15-bis del D.P.R. n. 270 del 2000;
- ⇒ l'espressione di proposte operative finalizzate all'equilibrio economico, di livello regionale e aziendale;
- ⇒ la partecipazione a progetti e ad interventi predisposti ed attivati dal Dipartimento del Diritto alla Salute e dalle Aziende Sanitarie relativi al presente accordo;
- ⇒ adesione sperimentazione ex art. 86, Legge Finanziaria, in un distretto.
- ⇒ Adesione sperimentazione équipes territoriali ex art. 15 DPR 270/2000;
- ⇒ Adesione sperimentazioni aziendali di collegamento al CUP, sulla base di specifiche intese nell'ambito della contrattazione aziendale.

*[Handwritten signatures and initials]*

9

## ALLEGATO "A"

Associazionismo – Art.40 – Forme associative dell'assistenza primaria

Ai sensi dell'art.40, commi 13 e 16, viene riconosciuta una ulteriore forma di associazionismo: "le cooperative mediche".

Rispetto agli standard organizzativi previsti dall'art.40, comma 4, i medici iscritti alle cooperative mediche:

- garantiscono il rispetto di tutti i requisiti previsti dal comma 4 dell'art.40, con esclusione di quanto disposto dal punto g), rispetto all'obbligo di svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della medesima cooperativa;
- garantiscono l'informatizzazione e prevedono successivamente il collegamento ad un server della cooperativa quale concentratore epidemiologico dei dati;
- devono stipulare con l'azienda un accordo-contratto i cui contenuti sono diversi ed aggiuntivi rispetto agli standard organizzativi previsti o aderire ad accordi quadro aziendali che prevedano obiettivi riservati a gruppi associati (nel rispetto di quanto indicato dall'art.40, comma 3, lett.B e comma 16 DPR 270/2000)

Ai medici appartenenti alle cooperative di cui sopra viene corrisposta una indennità equivalente a quella della medicina di gruppo.

Il riconoscimento dell'indennità ai componenti delle cooperative decorre dalla data di stipula dell'accordo contratto o dall'adesione all'accordo aziendale.

Le percentuali da riservare alle forme associative previste dall'art.40, comma 6, lett.a,b,c e comma 13 del DPR 270/2000, sono le seguenti:

- Medicina in associazione 40%
- Medicina in gruppo 26%
- Medicina in rete 15%

Il tetto massimo percentuale dell'81%, comprensivo anche delle cooperative, è variabile a livello aziendale nella sua composizione interna, attraverso compensazioni fra le varie forme, ferma restando la valorizzazione economica complessiva, che è determinata da valori corrispondenti alle percentuali sopraindicate, per quanto attiene il presente accordo regionale.

La variazione dei componenti delle singole forme associate non comporterà scioglimento delle stesse, salvo che una eventuale diminuzione dei soci comporti una situazione numerica inferiore a quella minima prevista dalla convenzione.

L'eventuale aumento dei componenti nelle forme associate comporterà il riconoscimento della indennità prevista purchè ciò non comporti il superamento della compatibilità economica di cui al presente accordo.

Ai fini del riconoscimento dell'indennità economica ai componenti le forme associate, tutte le tipologie sono da considerare equivalenti. L'unico elemento selettivo è costituito dalla data di presentazione della domanda, sempre che la verifica dei requisiti sia positiva (fermo restando il diritto dovere della suddetta verifica da parte della azienda, la domanda si considera accettata decorsi quindici giorni dalla presentazione- art.40, comma 4, lett s); tale criterio vale anche per la richiesta di modifica della tipologia della forma associata.

Il riconoscimento per le forme associate decorre dalla data di ricevimento della domanda nella quale è autocertificato il possesso dei requisiti previsti per la forma associativa prescelta. Qualora dall'autocertificazione si rilevino carenze dei requisiti previsti, le Aziende UOSSLL assegneranno un termine di 45 gg per i necessari adeguamenti. Trascorso detto termine, l'associazione decadrà dal diritto di priorità ai fini del riconoscimento;

Qualora alla data di adozione della deliberazione di recepimento del presente accordo, le forme associative esistenti già precedentemente riconosciute dall'Azienda non abbiano i requisiti previsti per la forma richiesta il riconoscimento economico sarà quello della forma associativa corrispondente ai requisiti posseduti.

Il riconoscimento dell'indennità ai componenti delle cooperative decorre dalla data di stipula dell'accordo contratto o dall'adesione all'accordo aziendale.



Qualora le richieste finalizzate alla costituzione di forme associate risultino superiori ai tetti indicati (sia in termini percentuali che di corrispondenza economica) la problematica sarà oggetto di valutazione da parte dei firmatari del presente accordo, entro il mese di febbraio 2002.

### Collaborazione di studio e/o infermieristica - art.45 lett.B4 e B5

L'indennità per la collaborazione di studio e/o infermieristica è riservata ai medici di medicina generale che non hanno limitazioni di massima esclusa la medicina dei servizi e la continuità assistenziale. Per particolari situazioni sarà acquisito il parere del Comitato Aziendale ex art. 11 DPR 270/2000.

I criteri di priorità cui atenersi per il riconoscimento del diritto all'indennità di collaborazione di studio e/o infermieristica sono:

- 1 - i soggetti che hanno attivato la collaborazione di studio ai sensi del DPR 484/96
- 2 - i soggetti ai quali non era stato riconosciuto il diritto secondo il precedente ACN (484/96) causa superamento del tetto previsto
- 3 - i soggetti che aderiscono a forme associate
- 4 - i soggetti con maggiore carico di scelte

L'indennità relativa al collaboratore di studio viene corrisposta:

- per i medici con meno di 1000 scelte con la presenza per almeno 5 ore settimanali
- per i medici con più di 1000 scelte con la presenza per almeno 8 ore settimanali

Per i medici associati nella forma della medicina di gruppo in numero superiore a tre componenti l'indennità scatta con un minimo di trenta ore settimanali di presenza del collaboratore di studio.

Tale indennità sarà erogata ad un massimo di sei medici che utilizzano lo stesso collaboratore.

L'indennità relativa al collaboratore infermieristico viene corrisposta:

- per i medici con meno di 1000 scelte con la presenza per almeno 5 ore settimanali
- per i medici con più di 1000 scelte con la presenza per almeno 8 ore settimanali

L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti per gli studi professionali di IV categoria e degli infermieri professionali, o con un contratto di natura libero professionale, o rapporto di collaborazione coordinata e continuativa. Per quanto riguarda le forme associate, il contratto di assunzione potrà essere stipulato da un solo componente il gruppo fermo restando l'erogazione degli incentivi a tutti i componenti.

I medici di medicina generale che ricevono le prestazioni relative al collaboratore di studio o infermieristico da società o Aziende terze dovranno esibire fatture contenenti il numero di ore prestate dal suddetto personale.

Le percentuali dei due istituti sopra richiamati sono così aumentate:

- Art.45, lett.B4, Indennità di collaboratore di studio medico.....dal 25% al 32%
- Art.45, lett.B5, Indennità di personale infermieristico.....dal 5% al 18%

Tutti gli istituti incentivanti sopra richiamati saranno oggetto di monitoraggio e valutazione in base ai dati del secondo semestre 2001.

### Assistenza delle residenze protette e nelle collettività - Art.45, lett.C2, comma 1, DPR 270/2000

Il corrispettivo previsto per gli accessi è di Lit.45.000, a decorrere dalla data di approvazione della deliberazione di recepimento del presente accordo.

Assistenza negli ospedali di comunità - Del.C.R. n.384 del 25.11.1997 e Del.G.R. n.867 del 26.7.1999

Il corrispettivo previsto per gli accessi e Lit.60.000, a decorrere dalla data di approvazione della deliberazione di recepimento del presente accordo.

Assistenza domiciliare programmata - art. 39 e allegato G, art. 5, DPR 270/2000.

Il compenso da corrispondere al medico di medicina generale è di L. 40.000, a decorrere dalla data di approvazione della deliberazione di recepimento del presente accordo.

**DICHIARAZIONE A VERBALE N.1**

Per quanto attiene l'assistenza nelle residenze protette e nelle collettività e l'assistenza negli Ospedali di comunità, il presente accordo riguarda esclusivamente gli aspetti economici.

Le parti firmatarie rinviando ad ulteriori atti la valutazione e la revisione delle modalità di tipo organizzativo ed economico, correlare ai due istituti sopra richiamati nonché all'ADI, entro il mese di febbraio 2002, alla luce dell'analisi dei dati disaggregati relativi agli istituti di cui sopra (acquisiti per ogni Azienda USL in termini numerici e di spesa con riferimento al secondo semestre 2001) e del contesto complessivo determinato dagli atti di programmazione sanitaria.

Tale valutazione terrà conto anche di ipotesi di "presa in carico" dei pazienti da parte del MMG.

Eventuali variazioni economiche dovranno rientrare nella compatibilità finanziaria del presente accordo.

**DICHIARAZIONE A VERBALE N.2**

In considerazione del fatto che l'ACN, in sintonia con gli atti di programmazione nazionale e regionale, definisce gli studi dei medici di medicina generale come presidi del SSN, l'Assessore al Diritto alla Salute e i Direttori Generali delle Aziende USL si impegnano ad individuare entro 90 gg dalla data di approvazione della deliberazione di recepimento del presente Accordo le modalità operative affinché i rifiuti definiti come pericolosi dalle vigenti normative, prodotti nei suddetti presidi, siano avviati alla raccolta differenziata dalle aziende sanitarie, competenti territorialmente, le quali si faranno carico anche della certificazione e dei relativi oneri, che non sono compresi nella compatibilità finanziaria del presente accordo.

**DICHIARAZIONE A VERBALE N.3**

Tutto quanto di competenza del Comitato Regionale di cui all'art.12 del DPR 270/2000, non contemplato nel presente accordo, sarà oggetto di ulteriori successive definizioni.

**DICHIARAZIONE A VERBALE N. 4**

La Fimmg auspica una valutazione da parte della Regione Toscana della problematica anche economica relativa all'iscrizione all'ONAOISI dei Medici di Medicina Generale.

**DICHIARAZIONE A VERBALE N. 5**

Le parti firmatarie si impegnano ad individuare strumenti atti ad agevolare l'attività del Medico di Medicina generale sul territorio in applicazione dell'art. 76, DPR 270/2000:

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]* 12

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**ALLEGATO "B"****art. 5 - Sospensione del rapporto e della attività convenzionale****comma 3**

La normativa contenuta nel succitato comma è da riferire ai medici di medicina generale convenzionati per l'assistenza primaria.

- Il Medico di assistenza primaria interessato a usufruire dell'istituto della sospensione parziale di attività formula la richiesta alla propria azienda che ne prende formalmente atto.
- la richiesta formulata deve contenere obbligatoriamente:
  - il nominativo del sostituto;
  - la data di inizio e la presunta data di cessazione della sospensione parziale di attività, che può variare in seguito a adeguata richiesta;
  - l'articolazione oraria della sostituzione che può essere fascia antimeridiana o fascia pomeridiana;
- per l'intero periodo della sospensione i rapporti economici sono regolati direttamente fra il medico di assistenza primaria, titolare di convenzione, e il suo sostituto, secondo quanto previsto dall'allegato C);
- ai fini del punteggio per l'inserimento nella graduatoria regionale, al sostituto la sostituzione effettuata viene conteggiata 0,10 per ciascun mese di attività; il titolare matura il punteggio di 0,20, in quanto non sussiste soluzione di continuità;
- fra le richieste di sospensione parziale sono consentite anche quelle per gravi motivazioni personali del medico di assistenza primaria.

**comma 7**

- per i casi previsti al comma 1 lettere C,D,F la nomina del sostituto si intende affidata all'azienda ma con designazione da parte del titolare.

**Art. 6 - Cessazione del rapporto convenzionale****comma 3**

Il limite previsto dei tre anni oltre il quale il medico convenzionato per l'assistenza primaria con meno di 150 scelte decade dal rapporto convenzionale con l'Azienda USL, ai sensi dell'art. 6 comma 3, decorre dalla data di entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui al DPR 270/2000 o dalla data di accoglimento del trasferimento.

**Art. 7 - Comunicazioni del medico all'Azienda**

I medici iscritti alle sigle firmatarie dell'accordo non sono tenuti alla comunicazione di non adesione ad eventuale sciopero:

- in caso di agitazione promossa da sigle non firmatarie;
- quando il sindacato al quale sono iscritti non aderisce all'agitazione indetta;
- in seguito a sospensione o revoca dell'agitazione sindacale promossa.

Il medico che aderisce a sciopero indetto da un sindacato diverso da quello di appartenenza deve fare la relativa comunicazione all'azienda:

Il recupero delle eventuali somme da trattenere per mancata comunicazione deve avvenire entro 90 gg dal termine dell'agitazione sindacale.

I medici che aderiscono allo sciopero in forma diretta (senza pagamento delle prestazioni da parte dell'assistito) garantiscono le visite domiciliari a carattere di urgenza e si astengono dall'attività ambulatoriale. Il compenso spettante corrisponde al 50% degli emolumenti.

### art. 9 - Diritti sindacali

#### - commi 1 e 2

-L'ammontare orario (riferito sia alla durata della seduta, sia al tempo di viaggio) del rimborso della spesa per partecipazione a comitati e commissioni, anche a livello aziendale, previsti dall'accordo nazionale e da normative nazionali e regionali, è di Lire 45.000 oltre alle spese di viaggio corrisposte nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

Tale onere è a carico dell'azienda d'iscrizione del medico titolare al quale l'ammontare del rimborso è direttamente corrisposto in cedolino alla voce "rimborsi sostituzioni sindacali".

La decorrenza da attribuire a tale compenso è il 22.12.2000, data di insediamento del Comitato Regionale.

La sostituzione per l'attività del medico titolare, comprensiva del tempo di viaggio, si intende, comunque, mai inferiore alle tre ore

#### - comma 3

**Il compenso orario per l'attività di cui al comma 3 è di Lire 30.000**

### Art. 26 - Scelta del medico

#### comma 2

L'azienda Usl, attraverso modalità concordate con le organizzazioni sindacali locali, deve fornire al cittadino che effettua la scelta del medico di assistenza primaria le seguenti informazioni:

- ubicazione degli studi e orario di effettuazione dell'attività ambulatoriale con l'indicazione dell'eventuale riserva di orario destinato a visite su appuntamento;
- recapito telefonico dell'ambulatorio convenzionato;
- forma associativa di adesione del medico e composizione dei medici aderenti alla stessa forma associativa; ulteriori informazioni in merito alle caratteristiche della forma associativa di appartenenza possono essere fornite dallo sportellista cui si rivolge il cittadino attraverso la fornitura di apposito modulo esplicativo definito e concordato uniformemente in sede di Comitato aziendale;
- la presenza di collaboratore infermieristico e/o collaboratore di studio;
- la dotazione di sistema informatizzato dello studio

### Art 33 - Visite ambulatoriali e domiciliari

#### comma 7

14

Le parti concordano che, data la situazione eterogenea presente nella Regione Toscana rispetto all'esigenza di normare la reperibilità del medico, la quantificazione dell'orario di ambulatorio e le richieste di visite domiciliari, sarà materia di contrattazione aziendale l'eventuale disciplina della materia sopra richiamata.

### Art. 60 e 61 - Attività territoriali programmate

Le attività territoriali programmate da svolgersi nei distretti sono quelle per le quali non è previsto il possesso del titolo di specializzazione da parte del medico.

Lo svolgimento delle attività può avvenire oltre che nei presidi sanitari distrettuali, anche presso collettività, quali scuole, fabbriche, etc.

Il compenso orario su cui viene versato il contributo previdenziale di cui all'art. 46, comma 1 e 2 è pari a Lire 35.000

L'azienda usl, sentito il Comitato aziendale, può concordare modalità di corresponsione diversa: oltre che per ora di attività, per progetto, per obiettivi o a quota capitaria.

Per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6, il compenso orario è maggiorato del 20%.

Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi la maggiorazione è del 40%.

Al medico che si avvale del proprio mezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi dell'azienda spetta un rimborso non inferiore alla misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

### Criteri zone disagiate

Attualmente sono da considerare zone disagiate quelle già riconosciute ai sensi delle deliberazioni n. 969/83 e segg. salvo revisione da parte dei comitati aziendali ex art. 11, DPR 270/2000.

Zone disagiatissime sono le piccole isole. Il compenso accessorio annuo forfettario spettante è di Lire 30.000.000 annue.

I comuni interamente disagiati o parzialmente disagiati sono riconosciuti tali in base ai seguenti criteri:

- posizione geografica
- motivi di viabilità
- scarsità o mancanza di mezzi pubblici
- prevalenza di popolazione anziana
- distanza chilometrica tra il comune e la frazione disagiata
- distanza chilometrica da un centro di Pronto soccorso
- parcellizzazione degli insediamenti abitativi

Il compenso accessorio annuo aggiuntivo per comune riconosciuto interamente disagiato è pari a lire 10.000 per ogni assistito in carico, residente o domiciliato nel comune stesso; il compenso accessorio annuo aggiuntivo per comune riconosciuto parzialmente disagiato è pari a lire 20.000 per ogni assistito in carico residente o domiciliato nella frazione dichiarata disagiata.

Le Aziende UUSSLL devono effettuare la revisione delle zone disagiate entro il 31.10.2001

### Medici sentinella

Le OOSS si impegnano ad individuare n. 36 Medici di medicina generale (n: 12 x area vasta) che svolgano i compiti previsti dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 28.9.2000 e dallo specifico programma regionale per la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza.

Il compenso previsto è pari a Lire 1.000.000 annue.

### Anticipazione continuità assistenziale dalle ore 8,00 alle ore 10,00

Il servizio di continuità assistenziale viene previsto anche dalle ore 8,00 alle ore 10,00 della giornata del sabato.

Sono fatti salvi accordi aziendali preesistenti.

Ciò al fine di favorire la partecipazione alla formazione secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 12, del DPR 270/2000, nonché attività di integrazione con i vari livelli aziendali, zonali e distrettuali.

Le modalità attuative sono rinviate ad accordi aziendali.

### Determinazione della quota oraria da detrarre ai medici di assistenza primaria che usufruiscono di ambulatori pubblici

1. Al medico che fruisce degli ambulatori pubblici per la propria attività convenzionata dovrà essere detratta dalle competenze globalmente corrisposte, ai sensi dell'art. 45 lettera A3, art. 21 comma 9, art. 22 comma 2, DPR 270/2000, una quota oraria nella misura e secondo le modalità di seguito indicate.
2. Le quote orarie sono definite a livello aziendale, tenendo conto anche dei servizi assicurati relativamente allo studio da un minimo di Lire 4000 ad un massimo di Lire 13.000, rapportato anche al numero degli assistiti in carico al medico che fruisce dell'ambulatorio.
3. Le quote si riferiscono all'uso di un ambulatorio in cui siano presenti gli standards previsti dall'art. 22, comma 2, DPR 270/2000.
4. L'eventuale uso degli ambulatori ubicati nei comuni o frazioni di comuni individuati ad oggi come disagiati dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 969/83 e segg., e che, successivamente, saranno individuati dai Comitati Aziendali, secondo quanto previsto all'art. 11, comma 2 lettera f), è a titolo gratuito.
5. In relazione ad esigenze assistenziali di residenti in località particolari le Aziende UUSSLL possono consentire l'uso dell'ambulatorio pubblico a titolo gratuito.
6. L'uso dell'ambulatorio pubblico è attestato dalla Azienda usl di intesa con il medico mediante sottoscrizione di apposito verbale nel quale dovranno essere indicate le ore di

utilizzo, le attrezzature esistenti, le modalità dell'uso della struttura e quant'altro le parti riterranno opportuno precisare sempre entro i limiti dell'Accordo. Dovrà inoltre evidenziarsi che l'utilizzo dell'ambulatorio non presuppone alcun contratto di locazione, e che l'utilizzo può essere revocato in qualsiasi momento e su decisione dell'Azienda USL, sentito il comitato aziendale, qualora lo ritenga opportuno nell'ambito delle sue attività istituzionali, dando un preavviso di almeno tre mesi all'altra parte.

- 7. Il recupero per l'uso degli ambulatori pubblici è effettuato trimestralmente sulla base delle ore complessive di utilizzo.

The bottom half of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there is a large, stylized signature. To its right, there are several smaller, more legible signatures, including one that appears to be 'P. P.' and another that looks like 'P. P.'. On the far right, there are initials that look like 'P. P.' and 'P. P.'. The signatures are scattered and do not form a formal block.

Assessore Regionale al Diritto alla Salute

Direttore Generale Azienda n° 2 Lucca

Direttore Generale Azienda n° 4 Prato

Direttore Generale Azienda n° 5 Pisa

Direttore Generale Azienda n° 8 Arezzo

Direttore Generale Azienda n° 10 Firenze

Enrico Rossi

Pasquale Gerardi

Oreste Tavanti

Raffaele Faillace

Luciano Fabbri

Paolo Menichetti

*Enrico Rossi*

*Pasquale Gerardi*

*Oreste Tavanti*

*Raffaele Faillace*

*Luciano Fabbri*

*Paolo Menichetti*

F.I.M.M.G. ( Federazione Italiana Medici Medicina Generale )

S.N.A.M.I. ( Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani )

*F.I.M.M.G.*  
*S.N.A.M.I.*

FEDERAZIONE MEDICI :

*Federazione Medici*

INTESA SINDACALE :

SUMAI

*SUMAI*

SIMET

CISL MEDICI / COSIME

Firenze, 11/06/2001