



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA  
EMILIA ROMAGNA

*Accordo Regionale in sintesi*

# L'EVOLUZIONE DEL N.C.P.

DI MARIO STELLA

**I**n vista della formalizzazione dell'accordo regionale per la M.G., anticipiamo il testo della parte innovativa dell'Accordo regionale, con i punti salienti di tipo normativo ed economico che costituiranno la base per la strutturazione a regime nei prossimi 3 anni del NCP evoluto. Preme rilevare che i contenuti innovativi dell'accordo sono in perfetta coerenza con le linee guida deliberate dal Consiglio Nazionale della Fimmg per l'Accordo Regionale.

Nell'ambito del Distretto, i Nuclei di cure primarie sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di cure primarie, per l'assistenza extra ospedaliera e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Tale attività si realizzerà come segue:

- attraverso lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo nelle forme di m. in rete e m. di gruppo all'interno dei NCP,
- l'espansione dei supporti informatici
- l'integrazione con i medici di continuità assistenziale che entreranno a far parte a tutti gli effetti dell'organizzazione dei NCP,
- l'eventuale utilizzo di spazi ambulatoriali messi a disposizione dalle aziende sanitarie.
- l'eventuale dotazione strumentale per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo livello da parte dei medici di m.g. collegate a specifici progetti aziendali (ad esempio ecografia generalista, ecg, holter pressorio ecc.) in coerenza con le procedure del governo clinico, in funzione del miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici della riduzione delle liste di attesa e della riduzione della mobilità passiva.

Per il pieno funzionamento delle attività si ritengono non più vincolanti i tetti percentuali per le forme associative mediche e del personale di studio ed infermieristico.

In questo contesto i MMG assumono un ruolo fondamentale, in quanto chiamati, non solo alle funzioni di erogazione delle prestazioni, ma anche a quelle di committenza e quindi partecipano alla definizione delle strategie organizzative ed ai livelli decisionali delle Aziende sanitarie, con specifiche attribuzioni e competenze di supporto, consulenza e proposizione alle rispettive figure dirigenziali responsabili qualora dette cariche non siano ricoperte da un M.G..

I medici aderenti al medesimo NCP partecipano all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

La responsabilità del nucleo è affidata ad un Coordinatore, indicato dai medici che compongono il nucleo, le cui funzioni sono rivolte in modo particolare alla programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionali, di ricerca della condivisione fra gli appartenenti al nucleo

e di interfaccia con il Direttore di Dipartimento ed il contributo degli indispensabili supporti organizzativi, scientifici e di risorse umane messe a disposizione dall'Azienda. Sono compiti del Coordinatore di NCP, inoltre, la promozione della formazione e la verifica dei bisogni formativi espressi dai MMG, avvalendosi anche del supporto del centro regionale per la formazione.

Il coordinatore inoltre concorderà gli obiettivi con il NCP e con il Direttore del Dipartimento CP in riferimento alle risorse assegnate, orienterà il lavoro del NCP all'appropriatezza, promuoverà l'organizzazione dei processi assistenziali e la valutazione condivisa dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali. L'impegno orario previsto le predette attività è compreso da un minimo di due fino a cinque ore settimanali, da retribuire in modo forfetario, è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione del massimale.

I MMG membri di diritto dell'Ufficio di coordinamento distrettuale ('art.25 comma 4 A.C.N.) o di strutture equipollenti, e quelli che operano con funzioni di coordinamento in altre strutture organizzative, costituiscono il collegamento professionale con i responsabili dei NCP.

L'organizzazione delle figure professionali coinvolte nelle attività dei NCP trova elementi di facilitazione dallo sviluppo delle forme associative realizzate che hanno consentito e diffuso metodologie di lavoro integrato e di valutazione circa la corrispondenza delle attività svolte con gli obiettivi del distretto. Ulteriore sviluppo e investimento deve avere a riferimento l'organizzazione dei medici nel nucleo, assimilabile, come livello minimo, alla medicina in rete e riguardante tutti i medici aderenti al medesimo nucleo, collegati alla rete informatizzata (Progetto Sole).

Il percorso verso questo obiettivo deve raggiungere prioritariamente i seguenti risultati:

1. riconoscimento di **nuove forme associative**, con l'obbligo per i medici aderenti di operare nell'ambito territoriale dello stesso nucleo. Le forme associative già esistenti e che non soddisfino a questo requisito fatte salve obiettive, situazioni ostative condivise in C.A., dovranno essere gradualmente ricondotte al nucleo, anche attraverso la ridefinizione territoriale dei NCP.
2. fornitura a tutti i medici del nucleo degli **strumenti informatici** e dei relativi supporti ed assistenza soft/hardware per garantire il collegamento fra di loro e con la rete dei servizi aziendali.
3. **Coordinamento** dell'attività ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, così da garantire complessivamente da parte delle associazioni una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio e fatto salvo quanto previsto all'art. 36, per quanto riguarda

*Segue a pag. 4*

## IN STRALCIO ALL'ACCORDO REGIONALE ACCORDO IN REGIONE PER L'INDENNITA' INFORMATICA

L'art.1, comma 275, della legge 23.12.2005 n.266 prevede:  
..... (OMISSIS).....a) stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, anche a stralcio degli accordi regionali attuativi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale entrato in vigore il 23 marzo 2005, accordi attuativi dell'articolo 59, lettera B – Quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di *standard* erogativi ed organizzativi – comma 11, del medesimo accordo nazionale, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro del rispetto della soglia **del 70 per cento** della stampa informatizzata **delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche** effettuate da parte di ciascun medico .....(OMISSIS).. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le regioni inadempimento. Le disposizioni di cui alla presente lettera si applicano anche per l'attuazione del corrispondente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta;

Gli artt.59, lettera B, comma 11 dell'ACN per la medicina generale e 58, lettera B, comma 10 dell'ACN per la pediatria di libera scelta, disciplinano la corresponsione ai medici di un'indennità forfettaria mensile di collaborazione informatica a fronte della stampa prevalente( non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste specialistiche. Le disposizioni previste negli ACN citati erano già riportate nei precedenti Accordi (DPR 270/2000 e DPR 272/2000) ed erano stati previsti, a livello regionale, modalità e criteri per il riconoscimento di detta indennità, previa opportuna verifica, da parte delle Aziende USL; Il citato art.1, comma 275, della legge 23.12.2005 n.266 vincola l'assegnazione alle Regioni delle risorse relative all'indennità informatica alla verifica del rispetto del limite percentuale (70% delle prescrizioni) da attuare mediante il sistema della tessera sanitaria;

La Regione Emilia-Romagna ha avviato un progetto denominato "Progetto SOLE – Sanità On LinE" per la realizzazione di una rete informatica e telematica integrata fra l'ospedale ed il territorio, finalizzata al miglioramento dei processi di comunicazione fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. In particolare la gestione del ciclo "prescrizione-refertazione" e "prescrizione farmaceutica" consentirà di realizzare servizi per la gestione completa ed integrata di tutto il ciclo informativo, facilitando tutti i passaggi successivi di gestione delle informazioni relative;

In attesa della definitiva e completa funzionalità del progetto di cui sopra, si concordano con le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le modalità per adempiere all'obbligo di riscontro sull'informatizzazione delle prescrizioni, come di seguito indicato:

- demandare alle Aziende USL la verifica ed il controllo, di norma trimestrale, del rispetto della percentuale prevista;
- si intende rispettato il limite percentuale **(70% sul totale delle prescrizioni)** se risulteranno redatte su supporto informatico, conformemente alle prescrizioni di cui alla legge n.326/2003, le prescrizioni farmaceutiche **per almeno il 60% del totale delle ricette**, che pertanto assume valore di indicatore di risultato;
- attivare procedure condivise con le Organizzazioni Sindacali per l'eventuale recupero delle indennità relative a mesi nei quali non è stata raggiunta la percentuale minima di prescrizioni, nel rispetto delle norme di garanzia previste nei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali.

## IN STRALCIO ALL'ACCORDO REGIONALE OTTIMALE A 1.300 PER LE NUOVE ZONE CARENTI

*Pubblichiamo un estratto della circolare regionale 12 aprile 2006, con la quale l'Assessorato Regionale alla Sanità comunica alle aziende ASL che, a seguito dell'accordo con la Frer Fimmg, il calcolo per individuare le nuove zone carenti per la medicina generale, sarà effettuato sulla base di un rapporto ottimale di un medico ogni 1.300 assistibili.*

*Questa decisione concordata sia pure con le opportune flessibilità rispetto alle esigenze locali, e prevista dalla nuova convenzione nazionale, contribuirà da una parte a permettere un reale inserimento professionale ai medici nuovi convenzionati, dall'altra a tendere ad una maggiore stabilità di ruolo professionale per i medici già inseriti.*

.....

Rilevazione degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria e incarichi vacanti di continuità assistenziale.

I semestre 2006.

In attuazione di quanto previsto dagli artt. 34 e 63 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale, si invitano le Amministrazioni in indirizzo ad individuare gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria e gli incarichi vacanti di continuità assistenziale del I semestre 2006, in base a quanto concordato con le OO.SS in sede di definizione degli accordi regionali.

Per quanto riguarda l'assistenza primaria, il rapporto ottimale è così determinato:

- iscrizione di un medico ogni 1.300 residenti, o frazione di 1.300 superiore a 650, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, con possibilità per le Aziende di determinare una diminuzione del rapporto numerico in particolari ambiti territoriali (zone disagiate, a popolazione sparsa, con peculiari caratteristiche del territorio) o per altre situazioni, sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato Aziendale. Per la definizione degli ambiti da considerarsi carenti, ciascuna ASL - sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato Aziendale - verifica l'effettiva capacità ricettiva, avuto riguardo al numero medio di assistiti in carico ai medici dell'ambito, al numero di medici di recente inserimento o di prossima cessazione dall'attività, al numero complessivo di scelte effettivamente in carico ai medici ed al rapporto popolazione residente/assistiti.

In ogni caso, il rapporto ottimale non può essere inferiore a 1/1.000 e la frazione che determina la zona carente deve essere superiore a 500.

Per la continuità assistenziale, in attesa di definire il rapporto ottimale in sede di accordi regionali, si invitano le Aziende ad individuare gli incarichi vacanti indispensabili, limitando la richiesta di pubblicazione a quelli non assegnati del I semestre 2005( BUR n. 71 del 4 maggio 2005). .....

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE  
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA  
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA  
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,  
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8  
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

**e-mail [emiliaromagna@fimmg.org](mailto:emiliaromagna@fimmg.org)**

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

# FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO NELLA MEDICINA DI FAMIGLIA

Di GIANDOMENICO SAVORANI

**N**ella storia della medicina occidentale recente, la figura del Medico di Medicina Generale (MMG) ha goduto di alterne fortune. Oggi, dopo un lungo periodo di sviluppo quasi esclusivo della medicina specialistica ed ospedaliera, si riconosce finalmente alla Medicina Generale (MG) un ruolo assolutamente prioritario nel garantire la qualità e l'efficienza di un servizio sanitario nazionale. Il MMG opera infatti nella delicatissima area di confine che sta fra un servizio sanitario sempre più complesso, costoso e specializzato e i bisogni relativi alla salute del cittadino, mantenendo una visione d'insieme a tutto campo (olistica). E' partendo da una corretta e condivisa definizione del ruolo, del mandato e dei limiti di una disciplina che diviene possibile il suo sviluppo e la sua valorizzazione. Sviluppo e valorizzazione devono avvenire, in primo luogo, attraverso una corretta ed adeguata formazione professionale. Quali devono essere dunque le direttrici principali lungo le quali la formazione dei MMG dovrebbe realizzarsi? Sembra dunque opportuno richiamare quelle esperienze che l'organizzazione mondiale della disciplina (WONCA) ha indicato come le competenze irrinunciabili dei MMG e che ha idealmente raggruppato in sei definizioni:

**Gestione dell'assistenza primaria**, intendendo con ciò l'abilità di assolvere il primo contatto con il paziente e di coordinare la propria attività con quella di altri MMG e con medici specialisti laddove necessario.

**Capacità di adottare un approccio centrato sulla persona**, nel rapporto con ogni paziente e con i problemi emersi. Ciò con l'obiettivo di instaurare una relazione personale, attraverso la quale assicurare una continuità assistenziale e di cure che sia dettata dai bisogni del paziente.

**Abilità nella soluzione di problemi specifici**. Con questo si intende sia la capacità di utilizzare un processo decisionale adeguato alle caratteristiche di incidenza e prevalenza delle malattie, sia l'abilità ad interpretare condizioni patologiche che possono presentarsi in fasi precoci, e quindi in maniera indifferenziata, sia infine ad intervenire con la dovuta urgenza, quando necessario.

**Approccio comprensivo nella gestione simultanea di problemi acuti e cronici del paziente**. In questo scenario si colloca anche la capacità del medico di promuovere la salute, adottando strategie di prevenzione e di educazione sanitaria.

**Orientamento alla comunità**. Questa definizione indica la capacità di conciliare i bisogni di salute dell'individuo con i bisogni della comunità in cui egli vive, tenendo conto delle risorse disponibili.

**Utilizzare un modello olistico**. Si sancisce così la necessità di fare riferimento al modello bio-psico-sociale, che permetta al medico di tenere in debita considerazione le dimensioni esistenziale e culturale del paziente.

La MG non dovrebbe pertanto essere considerata come un aspetto accessorio dell'una o dell'altra specialità anzi, proprio per la sua trasversalità, rispetto ai diversi saperi della medicina, dovrebbe meritare di essere periodicamente e sistematicamente analizzata per garantirne lo sviluppo e l'aggiornamento. In ambito medico, è ultimamente apparso evidente quanto le tradizionali modalità didattiche siano poco adeguate e talvolta inutili. Sarebbe invece necessario rispettare un procedimento di conoscenza che privilegi la realizzazione di forme di apprendimento interattivo sul campo basate sull'approccio per problemi (problem solving e problem based learning) e possibilmente rivolte a piccoli gruppi. Appare utile chiedersi, a questo punto, se aggiornamento e formazione (continua) siano la medesima cosa. In effetti, così non è. L'aggiornamento professionale ha lo scopo di acquisire le conoscenze più recenti, soprattutto sostituendole alle conoscenze divenute obsolete: è (o può essere) un'attività prevalentemente cognitiva.

La formazione ha lo scopo di modificare i comportamenti del soggetto, rendendoli più efficaci. In questo senso si giustifica l'educazione medica continua (ECM); dopo aver constatato che l'aggiornamento tradizionale non otteneva l'auspicato miglioramento delle prestazioni sanitarie, l'ECM si è proposta di raggiungere l'obiettivo attraverso un maggior coinvolgimento e consapevolezza da parte dei professionisti, sia rispetto ai contenuti sia rispetto alle modalità di fare formazione. Queste affermazioni, oltre a confermare l'esigenza di una didattica essenzialmente interattiva e praticata sul campo, portano alla conclusione che l'attività di formazione dovrebbe essere non solo inter-disciplinare ma anche multi-disciplinare. Ultimamente, in un'ottica di sperimentazione, sono state proposte nuove forme di apprendimento. Ritengo però che alcune innovazioni, come per esempio la FAD (formazione a distanza), non debbano costituire un espediente per superare la difficoltà a rendere fruibile per un pubblico più vasto

attività didattiche e formative. In altri termini direi, la FAD può non configurarsi come innovazione pedagogica, ma piuttosto rischiare di apparire un'attività didatticamente modesta. Certamente la FAD non è la semplice diffusione di materiale informativo e/o didattico né la mera messa a disposizione in rete di videoregistrazioni e di conferenze. La FAD è tale se mantiene la caratteristica di interattività, cioè se è condotta in modo che il discente possa a sua volta intervenire nell'azione didattica, diversamente avrebbe il medesimo valore didattico-pedagogico di una rivista scientifica o di un trattato di medicina.

La formazione richiede l'individuazione di un problema, l'analisi delle cause, la scelta tra più opzioni risolutive ed il confronto con altre esperienze. Si tratta quindi un'attività tipicamente interattiva. Seguendo queste indicazioni appare evidente come fare formazione richieda notevoli risorse, non solo di carattere economico. Bisogna impostare una corretta analisi dei bisogni formativi per poi costruire un adeguato percorso formativo ed una valutazione dei risultati, e creare figure con capacità professionali nuove (multi-disciplinari). Se in questo processo culturale si riuscisse ad ottenere, non solo la modifica attesa dei comportamenti, la verifica della efficacia e della efficienza delle innovazioni introdotte, ma anche una migliore capacità di comunicazione e collaborazione integrata (interdisciplinarietà), riusciremmo a realizzare la base comune (piattaforma) per una vera e propria rete assistenziale funzionante. Dal punto di vista legislativo la normativa vigente presenta una certa confusione; le evidenti contraddizioni, se non appianate, renderanno vano, come già è capitato nel passato, il lavoro di tutti. L'affrettata partenza del programma per l'educazione medica continua (ECM) ha colto impreparato il SSN; ciò, per altro, era stato previsto sia a livello sindacale sia dalle società scientifiche che, pur avendo sollecitato un differimento per definire meglio il problema, sono state purtroppo non ascoltate. Dopo alcuni anni, non è ancora possibile dire se tali difficoltà siano state risolte tanto che non tutti credono al futuro della formazione ECMI. La prima considerazione da fare è definire le risorse finanziarie per una rivoluzione culturale di tale portata, poiché un medico di famiglia aggiornato è un investimento per la collettività. Le risorse devono essere reperite nei budget del SSN ma anche a livello privato, tipo industrie farmaceutiche, fondazioni, programmi finanziati dalla comunità europea ecc. La seconda considerazione riguarda tutte le problematiche legate ai fornitori (provider) e il loro accreditamento, soluzione certamente migliore che non l'attuale fase di sperimentazione che accredita solo gli eventi.

Vi sono poi alcuni interrogativi che riguardano il ruolo e le funzioni di alcuni importanti attori quali Regioni e Università, gli organismi di controllo (ordini professionali, figure appositamente individuate). Infine, come definire il rapporto fra ECM e SSN e quali possono essere i criteri per la definizione dei crediti formativi? L'accordo collettivo nazionale (ACN) dei MMG riprende i temi dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente, come già nei precedenti accordi convenzionali, ma da solo non è strumento in grado di risolvere la complessa problematica che muove interessi economici di notevole portata. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce un requisito indispensabile per svolgere le funzioni di MMG convenzionato, tanto che sono citate le possibili sanzioni per chi non partecipa o non raggiunge la quantità di crediti richiesti. A cascata poi sono definiti i compiti delle Regioni, che, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, definiscono obiettivi e programmi di riferimento per le varie ASL. Queste ultime organizzano i corsi, sia integrandoli alle esigenze locali derivanti da necessità organizzative nel rispetto dei bisogni professionali dei MMG, sia rispetto ai contenuti e al metodo della valutazione finale necessaria per dare un valore ai crediti formativi.

Il risultato finale di queste iniziative è quello emerso dalle esperienze fatte in questi anni, cioè la ricerca di soluzioni diverse all'interno di un percorso formativo, per esempio annuale, per dare l'opportunità ai MMG di trovare risposte formative più adatte ai propri bisogni e al proprio contesto professionale. Tale approccio alla formazione dovrebbe essere esteso a tutte le figure professionali interessate. In questo modo, oltre a fare aggiornamento e formazione, si favorirebbe il confronto, la comunicazione, l'integrazione fra professionisti, realizzando le condizioni per la creazione di vere e proprie reti assistenziali a tutto beneficio dell'assistenza.

## L'EVOLUZIONE DEI N.C.P.

Segue da pag. 1

l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento, si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, con un minimo di due ore per fascia. Per garantire l'assistenza urgente, saranno concordate localmente (C.A. ex art 23) attività diurne di supporto dei medici della continuità assistenziale.

Il progressivo collegamento in rete per tutti i medici del medesimo nucleo consentirà l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare.

La messa a regime del sistema informatico per l'effettivo utilizzo di modalità comunicative con altri professionisti e con i servizi aziendali, anche amministrativi, costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo, che sarà retribuito secondo le seguenti articolazioni:

**a) 1 euro/assistito/anno** (da 1.1.2006) per tutti i MMG derivante dall'accordo regionale per la **disponibilità** all'integrazione che retribuisce:

**a1) l'accettazione** della logica interprofessionale del NCP.

**a2) la conoscenza** informatica, come requisito indispensabile di partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione; è riconosciuto a tutti i medici di M.G. in un'unica soluzione, dopo della firma dell'A.C.R. previa dichiarazione di adesione sottoscritta da ciascun professionista nell'apposito modello predisposto.

I medici che non percepiscono l'ICI dovranno *autocertificare* anche il possesso del requisito di cui al punto a2; in mancanza dovranno dichiarare la disponibilità a partecipare ad appositi percorsi formativi organizzati ai sensi dell'art 20 dell'ACN.

**b) 0,30 euro/assistito/anno** (da 1.1.2006) per la **disponibilità** all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del nucleo sia fra questi e la rete aziendale.

**c) partecipazione operativa al N.C.P.:**

**c1) 4,70 euro assistito anno**, come previsto da ACN per i m.g. singoli che sviluppano la forma in rete con le caratteristiche di cui all'ACR ex DPR 270/00 (data presentazione contratto associazione).

**c2) 2.12 euro assistito anno**, oltre a quanto già percepito come indennità di associazionismo semplice per i m.g. in associazione semplice che sviluppano la forma in rete con le caratteristiche di cui in precedenza (decorrenza presentazione contratto).

**c3) 1 euro assistito anno** aggiuntivo rispetto alle tariffe ACN per i medici già in rete o in m. di gruppo che sviluppano il coordinamento dell'attività ambulatoriale assicurando l'estensione dell'orario di apertura a 7 ore complessive nell'arco delle 12 ore diurne nell'ambito dell'associazione (data inizio ampliamento di 1 ora disponibilità orario associazione). Eventuali compensi derivanti dall'implementazione di procedure ed obiettivi aggiuntivi ivi compresa l'integrazione con i medici di C.A. saranno materia degli accordi aziendali.

**c4) 1 euro assistito anno per ogni ora aggiuntiva** di accessibilità agli studi dei medici della forma associativa, rispetto alle sette ore stabilite al punto precedente (es: 12 ore di accessibilità: 5 € assistito anno; 10 ore 3 € assistito anno) derivanti da accordo regionale. Tale obiettivo si svilupperà secondo scaglioni percentuali di assistiti (25% -2006, 35% -2007, 40%-2008) con priorità derivanti dalla data di presentazione e dalla tipologia di associazione ( m.gruppo e m. n rete).

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui ai punti a) b) c) comporterà la sospensione dei rispettivi compensi previsti, fatta eccezione per le situazioni non dipendenti da responsabilità dei medici.

Per quanto riguarda invece il compenso di cui al punto 15, lett.B dell'art.59 ACN, che continuerà ad essere erogato nella misura e secondo le scadenze previste dall'articolato convenzionale, esso corrisponde alle eseguenti attività: 20% per l'adesione al progetto diabete, 40 % attività di educazione permanente individuale finalizzata agli stili di vita, 40% impegno per la corretta applicazione dei

percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni (direttiva 214-2/2000) finalizzato anche al governo clinico inteso come adesione ai programmi relativi all'appropriatezza di accesso alle prestazioni ed alle cure concordate a livello locale a norma dell'art. 27.

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi sopra indicati da parte di alcuni sarà distribuita fra i medici che avranno raggiunto quegli stessi obiettivi, secondo le modalità concordate localmente.

A quadro organizzativo completato dipendente dai tempi tecnici delle regione e delle aziende, i M.G. svolgeranno la propria attività convenzionata esclusivamente all'interno dei NCP definiti come dal presente accordo. L'evoluzioni dei NCP comporterà il progressivo riassorbimento dell'associazionismo semplice e la medicina in rete. Per le medicine di gruppo su base volontaria avranno facoltà di implementazione organizzativa strutturale cos' come previsto dall'ACN.

### Appendice 1) Progetto SOLE

#### Collegamento informatico e prestazioni informatiche di base

Dalla data dell'allacciamento dello studio con la rete informatica per lo scambio dei flussi informativi ciascun medico avrà diritto al compenso di **5 Euro/anno** per assistito frazionato in dodici mensilità (0,416/mese) che retribuisce le prestazioni informatiche di base individuate dal presente accordo e consistenti in:

- Anagrafica ( aggiornamento automatico)
- Esenzioni ( aggiornamento automatico)
- Laboratorio: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
- Referti: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.

Lettera dimissioni Reparti ospedalieri: anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.

- Dimissioni Pronto soccorso anticipazione on line referti nella cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.

- Fornitura e utilizzo del nomenclatore Sole come codice unico regionale per le proposte di accertamenti e consulenze.

- Cup: trasmissione automatica dei dati per garantire una più agevole fruizione della prenotazione autonoma da parte del cittadino (non da parte del M.M.G.)

- Richiesta e Registrazione dell 'assenso del cittadino al SOLE (flag sole)

- Anagrafe vaccinazioni antinfluenzali ed antipneumococciche.

Tutti i dati in arrivo sulle postazioni informatiche dei M.M.G. debbono integrarsi con le specifiche della cartella informatica dello stesso onde renderle automaticamente fruibili.

### Appendice 2) Parte normativa e tariffaria

I contenuti innovativi sinteticamente presentanti costituiscono la prima parte dell'accordo regionale complessivo, che è in corso di trattativa e completamento delle rimanenti parti dell'ACN. riguardanti gli aspetti interpretativi del disciplinare tecnico applicativo e delle norme "flessibili" specificamente richiamate nell'art. 14, il Capo III (Continuità assistenziale), Capo IV (Medicina dei servizi), Capo V (Emergenza territoriale), per le cui conclusioni ci si è impegnati a concludere quali entro il termine di 60 gg. dalla data della firma del presente documento.

Per quanto riguarda l'area dell'assistenza principali temi da definire, in gran parte già approfonditi e condivisi, riguardano in particolare: l'aggiornamento tariffario delle attività delle attività orarie e delle prestazioni a notula (P.A. e Accessi), visite occasionali, compenso animatori e tutor (formazione, tirocinio pre e post laurea e formazione specifica, i diritti sindacali, le zone disagiate, l'assistenza nelle case protette e RSA e Ospedale di comunità, la partecipazione dei m.g. ai livelli organizzativi e gestionali aziendali e di distretto, coordinatori di NCP, rimborsi sostituiti, il Centro di formazione regionale, l'Osservatorio regionale di conciliazione interpretativo applicativa dell'ACR, la certificazione sportiva

L'impegno di spesa relativamente ai punti sopraindicati è già fissato in documento separato e sarà oggetto di definizione nella parte normativa.