

ti i diritti dei terzi, dell'autorizzazione ai fini idraulici e demaniali relativa alla realizzazione di uno scarico proveniente da un insediamento produttivo quale esercizio di un distributore gasolio ad uso privato;

O M I S S I S

IL DIRIGENTE

Dott. Ing. Giotto Mancini

---

---

## ERRATA CORRIGE

**Comunicato relativo alla deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 17.03.2006 ad oggetto: "Approvazione dell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" pubblicata su B.U. n. 14 del 5.4.2006, parte II.**

Si comunica che, per mero errore materiale, la deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 17.03.2006 ad oggetto: "Approvazione dell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" è stata riprodotta nel B.U. sopra citato priva dell'allegato.

Ne viene, pertanto, riportato qui di seguito il relativo testo, inalterato restando ogni effetto giuridico scaturente dalla pubblicazione integrale della D.G.R. n. 234/2006 avvenuta in data 5.4.2006.

---

---

**TESTO DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE** (approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 17.03.2006 pubblicata su B.U. n. 14 del 5.4.2006, parte II)

## **ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

### **ART. 1**

#### **Compiti del medico**

I compiti del medico individuati dall'art. 45 dell'ACN sono qui integralmente richiamati, con particolare riferimento a quanto disposto dai commi 3 e 4 riguardo alla partecipazione alle équipe territoriali e alla diffusione della cultura sanitaria.

### **ART. 2**

#### **Medico, distretto ed équipe territoriale**

1. Il medico opera nel distretto come singolo o all'interno di forme associative. Ogni medico fa parte di un'équipe territoriale, definita dall'art. 26 e dall'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale. La non adesione alle attività delle équipe territoriali determina l'attivazione delle procedure previste dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale.
2. Il Direttore di Distretto programma la partecipazione dei medici di medicina generale, costituiti in équipe territoriali, ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali e distrettuali. Il Direttore di Distretto inoltre verifica la tenuta e l'aggiornamento della scheda individuale di cui all'art. 45

comma 2 lett. b, resa disponibile dai medici.

3. All'interno del distretto è promosso il governo clinico, attraverso la realizzazione di iniziative e di progetti e il controllo dei risultati, nelle aree di attività elencate all'art. 6.

### **ART. 3**

#### **Centro Regionale di Formazione**

#### **Costituzione, composizione e funzioni del Centro Formativo Regionale**

*Articolo stralciato in attesa di future disposizioni.*

### **ART.4**

#### **Rapporto ottimale e assegnazione incarichi**

1. A decorrere dall'1/1/2006 l'individuazione avviene a cura delle Aziende ASL in applicazione del rapporto ottimale 1/1150, cioè con l'inserimento di un medico ogni 1150 abitanti residenti aventi diritto, o frazione di 1150 superiore a 575 per l'intera durata dell'accordo. L'ambito di scelta coincide con il Distretto. In caso di Distretti con più Comuni al loro interno, il Comitato Aziendale individua il Comune nel quale deve essere posto lo studio principale del medico assegnatario dell'incarico. Per quanto riguarda la ASL 3 Genovese, in funzione delle peculiarità della stessa, vengono invece mantenuti gli attuali ambiti di scelta.
2. Per le modalità di calcolo delle zone carenti si rimanda all'allegato B dell'ACN, specificando che la carenza si manifesta qualora i calcoli di cui al comma 10 dell'allegato diano un valore superiore a 575.
3. In caso di trasferimento del paziente all'interno del territorio della stessa ASL la scelta del medico si intende automaticamente confermata.
4. Nelle ASL liguri 1, 2, 4 e 5 l'ambito di scelta deve essere intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative tra i medici della medicina generale.  
Il Comitato Aziendale assegna la zona carente, per i distretti comprendenti più comuni, e individua il comune con maggiore necessità assistenziale ove verrà assegnata la convenzione. Il MMG può aprire un secondo studio, a livello distrettuale, previa autorizzazione del Comitato Permanente Aziendale rispettando le norme sulla struttura dello studio dettate dalla convenzione.  
Lo studio ove viene designata la convenzione deve avere la priorità di apertura secondo l'art. 36 comma 5 dell'ACN.  
Per l'eventuale trasferimento convenzionale si rimanda a quanto previsto dall'art. 34 comma 2 dell'ACN.  
Gli studi degli MMG che alla data di entrata in vigore del presente accordo sono stati regolarmente autorizzati dalla ASL anche al di fuori del distretto di appartenenza, oltre allo studio principale, si intendono confermati.

### **ART. 5**

#### **Tetto del massimale di scelte**

Il tetto di scelte previsto dall'art. 39 dell'ACN può essere superato fino ad un massimo del 12% del massimale teorico solo con l'acquisizione di scelte effettuate da cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno, minori di anni 6 e soggetti temporaneamente iscritti. Sono esclusi i medici che hanno optato per l'autolimitazione del massimale.

### **ART. 6**

#### **Promozione del governo clinico**

1. L'attuazione di politiche di governo clinico rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a creare

maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi, a garantire a Regione e ASL la presenza di un supporto per la definizione delle priorità al fine della migliore allocazione delle risorse. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e agli esiti.

2. I medici di medicina generale partecipano e contribuiscono alla pratica del governo clinico mediante l'adesione alle équipe territoriali e il perseguimento degli obiettivi aziendali condivisi.
3. Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:
  - > Continuità dell'assistenza
  - > Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
  - > Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
  - > Accessi al pronto soccorso
  - > Prevenzione
4. Le Aziende Unità Sanitarie Locali definiscono annualmente gli obiettivi da raggiungere, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.  
I dati, coerenti con l'obiettivo da raggiungere e condivisi con i medici di medicina generale e gli altri professionisti medici e sanitari coinvolti, saranno forniti anche dai medici di medicina generale (desumendoli dalla scheda individuale di cui all'art. 45 comma 2 lett. b) e lett. o).  
Successivamente, in accordo con i referenti di équipe territoriale, vengono definiti gli obiettivi specifici in capo ad ogni équipe e le conseguenti remunerazioni (da individuarsi all'interno dei fondi di cui all'art. 59 lett. B commi 15, 16 e 17- a disposizione delle Aziende in base alla popolazione assistita - ed eventualmente dai fondi ex art. 25 comma 3 lett. d), verificandone il raggiungimento. L'erogazione del compenso è subordinata al raggiungimento dell'obiettivo che potrà essere individuale o di équipe; l'Azienda può graduare la remunerazione in base alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, secondo le usuali metodiche di misurazione contenute nel documento di programmazione e controllo.
5. Annualmente il 20% del fondo art. 59 lett. B commi 15, 16, 17 va ad incrementare il fondo art. 59 lett. B commi 1, 2, 3, in considerazione del contributo alla promozione del governo clinico da parte delle forme associative e dell'utilizzo di personale infermieristico e/o amministrativo presso gli studi medici.

Le modalità di attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico sono contenute nell'allegato A

#### **ART. 7**

##### **Fondi a disposizione della trattativa regionale e loro utilizzo**

1. I fondi di cui all'art. 59 lett. B commi 1, 2, 3 sono da utilizzarsi per la remunerazione delle indennità dovute per l'informatizzazione, la medicina di gruppo, la medicina in rete, la medicina in associazione, il collaboratore di studio e l'infermiere professionale, unitamente ai fondi individuati al punto 5 dell'art. 6.
2. I rimanenti fondi di cui all'art. 59 lett. B commi 15, 16 e 17 sono da utilizzarsi per la remunerazione delle attività e dei progetti per la promozione del governo clinico, di cui all'art. 6.
3. I fondi di cui all'art. 25 comma 3 lett. d, da calcolarsi a cura di ciascuna ASL, sono a disposizione delle ASL stesse per la remunerazione di ulteriori attività di promozione del governo clinico, o per il potenziamento di quelle di cui all'art. 6, secondo le specifiche necessità.

I fondi non utilizzati nell'anno di competenza vengono reimpiegati nell'anno successivo. Se tali fondi continuano a non essere utilizzati entro il 31 dicembre dell'anno successivo, vengono distribuiti a tutti i medici di medicina generale convenzionati, con esclusione della quota non impiegata a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi concordati ovvero della mancata adesione dei medici di medicina

generale ai progetti aziendali. Detta quota va ad incrementare il fondo del successivo anno.

Le modalità per la quantificazione dei fondi è effettuata secondo le modalità di cui all'allegato B.

### **ART. 8**

#### **Indennità per associazionismo, informatizzazione, personale di studio**

Le indennità per le attività di cui all'art. 59, da assegnarsi a decorrere dall'1/1/2005 purché ne sussistano le condizioni, sono così determinate:

Medicina di gruppo*	€ 7,00
Medicina in rete*	€ 4,70
Medicina in associazione*	€ 2,58
Collaboratore di studio*	€ 3,50
Personale infermieristico*	€ 4,00
Indennità informatica**	€ 77,47

\*= per assistito in carico

\*\*= forfetaria mensile

La Regione intende favorire le forme associative evolute (medicina di gruppo e medicina in rete): i medici aderenti alle medicine in associazione, entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, devono optare per una di queste due forme, o per proseguire la propria attività in forma singola. Al termine di tale periodo di tempo, le AASSLL non erogheranno più le indennità per la medicina in associazione, ferma restando la possibilità per i medici già in associazione di mantenere le modalità organizzative in essere. Si intende inoltre che l'opzione a favore della medicina in gruppo o in rete dei medici aderenti all'associazione semplice debba essere vagliata dal Comitato Aziendale prioritariamente e nel rispetto dei fondi disponibili.

Le Aziende possono autorizzare le forme associative o il personale di studio/infermieristico o l'informatizzazione in relazione alle risorse effettivamente disponibili, determinate all'art. 7, fissando eventualmente tetti percentuali.

I medici che usufruiscono dell'indennità di collaboratore di studio e personale infermieristico, garantiscono la presenza di detto personale per un numero di ore minimo mensile corrispondente all'importo corrisposto dalla ASL a titolo di indennità.

Le aziende, ferme restando le proprie specifiche esigenze, di norma privilegiano:

1. Informatizzazione (obbligatoria per tutti i medici ai sensi dell'art. 59 lett. B comma 11 dell'ACN)
2. Medicine di gruppo
3. Infermiere professionale
4. Medicina in Rete
5. Collaboratore di studio medico

Al fine di ottimizzare le risorse impiegate, nell'ottica di miglioramento del servizio, le parti si impegnano a valutare, entro la fine del 2006, le modalità di utilizzo del personale infermieristico anche in ambito di assistenza distrettuale e domiciliare, in modo da attivare nuove forme assistenziali e sinergie organizzative dal 1° gennaio 2007.

### **ALLEGATI**

#### **Allegato A: attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico**

Le aree nelle quali le Aziende devono promuovere progetti per la promozione del governo clinico sono:

1. Continuità dell'assistenza

2. Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
3. Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
4. Accessi al pronto soccorso
5. Prevenzione

L'attivazione dei progetti prevede le seguenti fasi:

- Studio della situazione esistente, a cura dell'Azienda
- Individuazione delle iniziative per il miglioramento della situazione riscontrata, a cura dell'Azienda
- Definizione degli obiettivi, degli indicatori, delle modalità di rilevazione e delle remunerazioni, d'intesa tra Azienda e MMG (referenti di équipe)
- Verifica del raggiungimento dei risultati (secondo le usuali metodiche di misurazione contenute nel documento di budget), a cura dell'Azienda e dei referenti di équipe

### **Allegato B: Quantificazione dei fondi a disposizione**

Quantificazione dei fondi per il 2005:

1. Art. 59 lett. B:

- Fondi per l'erogazione delle indennità (commi 1, 2, 3): € 10.831.401
- Fondi per la promozione del Governo Clinico (commi 15, 16, 17): € 2.965.904

2. Art. 25 comma 3 lett. d: il fondo si calcola moltiplicando, a livello di singola ASL, il numero degli assistiti senza medico per la quota capitaria, secondo le seguenti indicazioni:

Assistiti senza medico

Vengono conteggiati, ai fini del calcolo del fondo ex art. 25 comma 3 lett. d, in ogni ASL:

- Assistiti residenti che non hanno mai effettuato una scelta
- Assistiti residenti consapevoli della non scelta
- Fine scelta operata da assistibile
- Fine scelta per revoca d'ufficio
- Fine scelta d'ufficio per ricasazione
- " " per cessazione medico
- " " per ricasazione obbligatoria
- " " " medico trasferito ad altra ASL o trasferito "fuori sistema"
- " " " decesso del medico
- " " " errore nella scelta
- " " " fine scelta errata
- " " " parifica anagrafica
- assistiti senza medico per passaggio da PLS a MMG.

Inoltre, per quanto riguarda la casistica relativa alla fine scelta per servizio di leva, le Aziende si impegnano, entro un anno dall'entrata in vigore del presente Accordo, a riassegnare ai medici i propri assistiti attualmente "senza medico" a far data dal congedo. Alla fine del periodo di un anno i rimanenti assistiti senza medico rientranti in questa fattispecie rientrano nel calcolo dei fondi ex art. 25 comma 3 lett. d). Per quanto riguarda invece gli assistiti senza medico per passaggio da PLS a MMG, si rimanda ai conteggi in corso.

Ammontare della quota capitaria

La quota capitaria media ammonta a € 104,82

Annualmente si procede al calcolo dei fondi secondo le modalità di cui all'ACN e al presente Accordo,

con elaborazione da effettuarsi alla data del 23 marzo. Per il 2005 il fondo, calcolato al 15 dicembre 2005, ammonta a € 2.651.841.

#### **ULTERIORI DICHIARAZIONI A VERBALE**

Le parti si danno reciprocamente atto che:

All'interno del vincolo del fondo ex art. 59, ci sia la garanzia, a richiesta dei medici aderenti all'associazione semplice, di transitare a forma associativa superiore.

Al più presto sarà attivato un tavolo tecnico sulla domiciliarità delle cure, anche per garantire uniformità a livello regionale.

La FIMMG dichiara che intende tutelare gli interessi della categoria per quanto riguarda clausole contenute nel precedente accordo integrativo regionale nelle forme meglio viste.

Le parti concordano di procedere alla definizione di un regolamento del Comitato.