REGIONE LOMBARDIA

ACCORDO TRA LA REGIONE LOMBARDIA E LE OO.SS. DI CATEGORIA PER LA MEDICINA GENERALE

Firmato il 23-12-98

PREMESSA

Nei maggiori Paesi europei, ormai da anni, è in atto una profonda nflessione circa il ruolo del Medico di Medicina Generale nella diffusa convinzione del ruolo centrale che le cure primarie giocano nella definizione di un sistema sanitario efficace ed efficiente.

In Regione Lombardia, nel contesto organizzativo venutosi a delineare con la legge di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, la necessità di ridefinire il ruolo del Medico di Medicina Generale appare ancora più urgente.

La netta separazione, introdotta dalla I.r. 31/97, tra le Aziende Sanitarie Locali che. analizzando e orientando la domanda di salute, valutano i fabbisogni di prestazioni da assicurare ai propri cittadini e le Aziende Ospedaliere erogatrici di prestazioni, pone in capo al Medico di Medicina Generale, oggi più che in passato, la responsabilità di regolare il ricorso dei propri assistiti ai servizi del S.S.N. , in un 'ottica di appropriatezza dei percorsi assistenziali e di efficiente utilizzo delle risorse.

Accanto a questo, si pone con sempre maggiore evidenza la necessità di valorizzare appieno i Medici di Medicina Generale che per professionalità, radicamento territoriale e numerosità costituiscono una risorsa del S.S.N. fondamentale per l'affermarsi di un modello di assistenza sanitaria che, reinvestendo nelle cure primarie, delinei un percorso di sviluppo di forme di assistenza sanitaria, alternative al ricovero ospedaliero improprio.

In questo percorso, in cui il Medico di Medicina Generale è attore primario, anche in considerazione della completezza delle informazioni sanitarie relative al paziente e del rapporto fiduciario con gli assistiti, le azioni prioritarie da porre in campo sono le seguenti:

1. *Valorizzazione e qualificazione della pratica del Medico di Medicina Generale al fine di:*

    aumentare l'efficacia e appropriatezza dei comportamenti assistenziali (Evidence Based Practice)

- migliorare l'appropriatezza prescrittiva

2. *Introduzione di modelli organizzativi e gestionali innovativi al fine di:*

- responsabilizzare i Medici di Medicina Generale in ordine alla allocazione delle risorse

- delineare forme di continuità assistenziale diurna, reali alternative all'improprio ricorso all'ospedale

sviluppare le cure domiciliari

3. Individuare modalità di integrazione tra il Medico di Medicina Generale e i Medici Specialisti, affinché la medicina specialistica ambulatoriale non sia considerata unicamente quale momento di accesso all'ospedale, ma costituisca, attraverso il suo supporto consulenziale, un valido completamento della pratica di Medicina Generale per la gestione territoriale del paziente.

Il presente accordo, primo passo nella direzione delle azioni prioritarie sopraindicate, vede quali punti qualificanti:

- l'introduzione di forme di incentivazione per quei Medici di Medicina Generale che, partecipando a progetti di ASL, sviluppano le migliori sinergie con la ASL nel governo della domanda e nella qualificazione della medicina territoriale

- l'introduzione di forme di associazionismo che consentono di supportare la pratica medica con più adeguati fattori produttivi

- l'introduzione di una incentivazione legata al rispetto di standard qualitativi inerenti lo studio del medico.

Accanto a questi temi, il presente accordo valorizza altri elementi comunque importanti nella pratica del Medico di Medicina Generale:

- attività di tutor dei partecipanti al corso biennale di medicina generale

- verifica dello stato di salute dei cittadini lombardi al compimento del 65° *anno*

- pubblicazione degli ambiti carenti, al fine di favorire il raggiungimento del massimale di scelta

- revisione del regolamento della medicina di gruppo

Data la rilevanza delle tematiche oggetto del presente accordo, al fine di una continua verifica del raggiungimento degli obiettivi sottoscritti le parti concordano circa la necessità di costituire un tavolo permanente composto da rappresentanti della Direzione Generale Sanità, delle ASL e delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative

PARTECIPAZIONE A PROGETTI AZIENDALI

Ai medici che dichiarano la propria disponibilità a partecipare a progetti che la ASL propone tra quelli riportati nel capo VI dell'A.C.N. per la medicina generale è assegnata una quota annua di lire 2.000 per assistito.

Nei progetti le ASL dovranno proporsi di perseguire il miglioramento della qualità assistenziale e/o un più appropriato utilizzo delle risorse.

Nell'ambito dei progetti le ASL dovranno impegnarsi ad intervenire sulle seguenti aree:

ADI (Cure Palliative Domiciliari anche in forma estemporanea ecc.); assistenza diabetici

BPCO;

Patologia osteo-articolare;

Patologia cardiovascolare;

assistenza anziani;

vaccinazioni non obbligatorie;

rilevazione di dati epidemiologici dai medici di medicina generale.

Presso ogni ASL è istituito un tavolo permanente di confronto con le Organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale con il compito di definire eventuali altre aree di intervento, le modalità di sviluppo del progetto, la verifica dei risultati del progetto stesso e le modalità di partecipazione dei medici. In funzione degli obiettivi che il progetto si propone, il tavolo permanente dovrà definire le condizioni anche economiche per la partecipazione dei medici al progetto stesso.

Fatta salva diversa specificazione da parte della ASL, ai progetti definiti possono partecipare tutti i medici convenzionati per la medicina generale nell'area interessata dai progetti stessi. In ogni caso le ASL non potranno procedere a stipulare accordi separati con medici riuniti in associazione senza il preventivo parere positivo delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale.

Nella definizione del progetto le ASL potranno mettere a disposizione dei medici interessati tutti gli strumenti ritenuti utili anche avvalendosi di specifiche società di servizi nel rispetto della normativa vigente in materia di gare ed appalti

Nella definizione del progetto le ASL dovranno prevedere, oltre agli incentivi per il raggiungimento degli obiettivi, le seguenti voci economiche:

a) rimborso spese;

b) un compenso per prestazioni;

c) compenso per partecipazione a commissioni e per funzioni direttive.

Qualora le ASL definiscano un progetto che preveda la partecipazione dei medici in associazione, dovranno essere garantiti i seguenti punti:

1. i medici interessati devono costituirsi in forma associata secondo le previsioni dell'A.C.N. per la medicina generale o della normativa vigente, avvalendosi, nel caso, anche di società interne di medici di medicina generale;

2. ai medici che si costituiscono in associazione è riconosciuto, per la durata del progetto, lo stesso trattamento economico dei medici che praticano la medicina di gruppo;

3. le forme associative dei medici di medicina generale non possono mai sostituirsi alle **OOSS** maggiormente rappresentative come soggetto contrattuale autonomo, nè costituirsi come alternativa alle attività di diagnosi e cura esercitate dal singolo medico, essendone al massimo un complemento ove necessario, andando a coprire aree di intervento altrimenti occupate da altri soggetti anche societari;

4. le forme associative devono evitare che i propri associati incorrano nelle incompatibilità di cui all'art. 4 dell'ACN della medicina generale.

MEDICINA Dl GRUPPO

In deroga a quanto disposto dagli accordi regionali sottoscritti nel 1996, è consentita la costituzione in medicina di gruppo anche a due medici. In ogni caso devono essere rispettati gli obblighi previsti dagli accordi di cui sopra.

PARTECIPAZIONE ALL'ADI

Alfine di incentivare la partecipazione dei medici di medicina generale all'ADI, le parti convengono di riconoscere un rimborso spese per le procedure di inizio del processo. Tale rimborso è quantificato in lire 150.000 per paziente ammesso all'ADI fino ad un massimo di tre pazienti annui.

Le quote non utilizzate dai medici dovranno essere ridistribuite nell'ambito della ASL ai medici che attivano un numero di pazienti superiore a tre.

QUALIFICAZIONE DELLO STUDIO DEL MEDICO Dl MEDICINA GENERALE

Le parti convengono sulla necessità di definire dei criteri qualitativi dello studio di medicina generale che consenta una migliore fruibilità da parte dei pazienti.

A tal fine si identificano i seguenti indicatori di struttura:

- utilizzo di personale di studio

- ricevimento dei pazienti attraverso prenotazione per almeno il 50% delle ore dichiarate di ambulatorio. La soddisfazione di tale indicatore potrà avvenire anche con passaggi graduali che si concludano entro 12 mesi;

- gestione informatizzata della scheda clinica:

- stampa delle ricette con computer in modo rilevante.

Alfine di favorire tale qualificazione l'Amministrazione regionale mette a disposizione un fondo di 20 miliardi annui da suddividere tra i medici che dichiarino attraverso **autocertificazione** di essere in possesso dei requisiti sopra indicati.

I medici che rispettano tutti i requisiti con esclusione del personale di studio hanno diritto a ricevere l'85% della quota spettante.

Nel mese di gennaio di ogni anno la Regione definisce la quota di fondo spettante ad ogni singola ASL sulla base dei medici aventi diritto.

Le parti si impegnano a rivedere l'entità del fondo entro un anno dall'entrata in vigore del presente accordo,

RETRIBUZIONE DEI TUTOR

Ai medici di medicina generale che effettuano attività di tutor nei confronti dei medici che frequentano il corso biennale di medicina generale è riconosciuta per il periodo di attività, una retribuzione di lire 300.000 mensili oltre quanto già previsto dal D.L.vo 256/91.

BILANCIO DI SALUTE DEGLI ASSISTITI CHE ENTRANO NELL'ETA' ANZIANA

Alfine di monitorare lo stato di salute degli assistiti che entrano nell'età anziana, i medici di medicina generale si impegnano ad effettuare un bilancio di salute dei loro pazienti che compiono 65 anni dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 1999.

Per ogni bilancio di salute, a cui deve far seguito la trasmissione alla ASL di competenza dell'allegata scheda epidemiologica, vengono liquidati al medico lire 40.000.

La chiamata degli assistiti interessati è a carico del medico che effettua il bilancio di salute. Le ASL si impegnano a realizzare entro il 30 aprile 2000 una informazione statistica sulla base dei dati trasmessi.

LA RILEVAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI Dl MEDICINA GENERALE

L'attuale sistema di rilevazione degli ambiti carenti (inserimento di un medico ogni mille residenti nell'ambito o frazione superiore a 500), non tenendo conto delle effettive necessità di medici convenzionati, ha prodotto negli anni un abbattimento del numero medio di assistiti in carico ai medici di medicina generale. Oggi, a livello regionale, questo valore si è assestato intorno a 1.100 assistiti per medico mentre il valore medio del massimale teorico è di circa 1.450 scelte possibili. L'obiettivo da perseguire nei prossimi anni è l'avvicinamento progressivo di questi due valori.

Preso atto che l'art. 19, comma 7 del D.P.R. 484/96 concede alle Amministrazioni regionali la possibilità di fissare parametri diversi per la rilevazione degli ambiti carenti e visto il parere espresso in proposito dal Comitato consultivo regionale, le parti concordano le seguenti modalità di rilevazione:

1. le ASL procedono alla rilevazione del totale dei massimali teorici dei medici già inseriti in ogni ambito di scelta (per la Città di Milano la rilevazione può avvenire anche per zone decentrate o per distretti);

2. successivamente le ASL individuano il numero dei pazienti in carico ai medici già inseriti;

3. le ASL procedono quindi a calcolare la differenza matematica tra il massimale teorico e la popolazione assistita. L'ambito viene dichiarato carente se tale differenza risulta essere inferiore ad una soglia numerica fissata a 500 (cinquecento). Potrà essere valutato l'inserimento di un secondo medico se tale soglia non viene superata anche sommando al massimale teorico dei medici già convenzionati il massimale teorico ipotetico (1.500 scelte) del medico di cui è già previsto l'inserimento. La stessa procedura si segue per l'inserimento di ulteriori medici;

4. eventuali inserimenti straordinari sono valutati dal Comitato consultivo locale su proposta della ASL. Qualora il Comitato consultivo locale esprima parere negativo la richiesta viene valutata in via definitiva dal Comitato consultivo regionale.

MEDICINA FISCALE

Attualmente la materia degli accertamenti medico legali sullo stato di invalidità temporanea dei lavoratori è disciplinata dalla deliberazione di Giunta regionale n. 13656 del 28.10.1986 che consente alle ASL di conferire incarichi di medicina fiscale per la durata di un anno tacitamente rinnovabili, Tale procedura tuttavia risulta essere in contrasto con quanto disposto dall'art. 3 - comma 23 - della legge finanziaria n. 537 dei 24.12.1993 che vieta alle pubbliche amministrazioni di costituire rapporti di lavoro autonomo per prestazioni superiori a tre mesi. Si pone pertanto il problema di individuare nuovi criteri e modalità di incarico che possano essere in sintonia con i principi fissati dalla citata legge finanziaria. Al riguardo le parti concordano quanto segue.

1 - Medici addetti.

Le A.S.L. per l'effettuazione dei controlli di cui all'art. 5 della Legge n. 300/70, ivi compresi quelli richiesti dall'Amministrazione dello Stato e da Enti cui non è applicabile la predetta Legge, nonché di quelli richiesti dall'INPS, ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legge n. 463/83 convertito in Legge n.638/83, devono avvalersi di medici dipendenti. In carenza di detti medici le A.S.L devono prioritariamente utilizzare medici convenzionati per l'assistenza primaria o per il servizio di continuità assistenziale secondo i criteri fissati dall'art 60 e seguenti del D.P.R n. 484/96;

Per lo svolgimento di tale attività ai medici incaricati ai sensi dell'art. 60 sarà riconosciuta l'indennità di piena disponibilità e non si procederà alla riduzione del massimale di scelte tenuto conto che si tratta di una attività rientrante nell'ambito della medicina generale.

Qualora le A.S.L. non riuscissero a coprire il servizio con i medici succitati, potranno attribuire incarichi in regime di libera- professione della durata non superiore a tre mesi, come indicato dall'art. 3 - comma 23 - della legge finanziaria n. 537 del 24.12.1993, senza alcuna limitazione nella scelta.

Un ulteriore incarico potrà essere conferito solo dopo una interruzione di almeno trenta giorni.

Per le motivazioni sopra esposte anche ai medici che eseguono gli accertamenti fiscali in regime di libera- professione sarà riconosciuta l'indennità di piena disponibilità e non si procederà alla riduzione del massimale di scelte

Le A.S.L., preferibilmente all'inizio di ciascun anno, renderanno noto, mediante avviso pubblico, il numero dei medici occorrenti e le modalità di conferimento dell'incarico avendo cura di trasmettere successivamente alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia copia del regolamento adottato.

Sono confermati fino a scadenza naturale dell'incarico i rapporti di lavoro costituiti sulla base della deliberazione di Giunta regionale n. 13656 del 28.10.1986 che si intende revocata con l'entrata in vigore della presente direttiva.

2 - Modalità di svolgimento del servizio.

A) L'INPS , come da convenzione stipulata con l'Azienda Sanitaria Locale ai sensi dell'art. 5 decreto - legge n. 463/83 convertito in Legge 638/83, o il datore di lavoro, per il controllo dei lavoratori assenti dal lavoro per malattia, devono inoltrare apposita richiesta all'Azienda Sanitaria Locale presso la quale il lavoratore risulta iscritto o a quella nel cui ambito territoriale sia temporaneamente presente durante il periodo di assenza dal lavoro.

Tali richieste, per esigenze di tempestività, possono essere effettuate a mezzo telefono cui faranno seguito richieste scritte di conferma. La richiesta di cui trattasi deve contenere:

- denominazione dell'Ente o dell'Azienda richiedente e relativo indirizzo;
- cognome e nome, numero del documento di iscrizione al S.S.N. ed indirizzo del lavoratore;

B) L'Azienda Sanitaria Locale, fatte salve le diverse disposizioni contenute nei singoli contratti di lavoro, farà eseguire la visita di controllo nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 12.00, oppure entro il giorno successivo anche se domenicale o festivo qualora invece la richiesta pervenga dopo le ore 12.00.

C) lì controllo deve essere effettuato presso il domicilio del lavoratore, segnalato dal richiedente, entro le fasce obbligatorie di reperibilità del lavoratore, fissate dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 17.00 alle ore 19.00 di tutti i giorni.

1. Nell'assolvimento di ogni controllo affidatogli, il medico è tenuto a redigere su apposito modulo nel numero di copie necessarie agli adempimenti burocratici il referto e la relazione medica di cui si allega fac-simile di proposta.

   2. Nel caso in cui non sia stato possibile effettuare la visita domiciliare, per assenza del lavoratore all'indirizzo segnalato, il medico rilascia apposito avviso al domicilio del lavoratore, invitandolo a presentarsi al controllo ambulatoriale presso il presidio sanitario indicato nell'avviso stesso per il giorno successivo non festivo. L'orario delle visite deve coincidere con quello di apertura dell'ambulatorio.

   3. Qualora il lavoratore non dovesse presentarsi al controllo ambulatoriale nel giorno prefissato e dalla copia del referto non risulti alcuna firma di ricevuta dell'avviso di cui sopra, l'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a ripetere l'invito a mezzo raccomandata A.R. entro il giorno successivo a quello già fissato dai medico per il controllo ambulatoriale.

   D) L'esito delle visite di controllo deve essere immediatamente portato a conoscenza del datore di lavoro richiedente e dell'INPS per il settore privato.

3 - Compensi

Ai medici che effettuano le visite di controllo competono le stesse tariffe riconosciute ai medici fiscali iscritti nelle liste dell'INPS. Dette tariffe troveranno applicazione solo per il settore privato mentre per le Pubbliche Amministrazioni, salvo diverse determinazioni ministeriali, andrà applicato il principio della gratuità della visita fiscale.

I datori di lavoro rimborseranno alle ASL le stesse tariffe riconosciute ai medici fiscali.

4 - Riesame

Il medico preposto all'accertamento non è abilitato a modificare il numero dei giorni di malattia riconosciuti ma unicamente a verificare l'esistenza dello stato di malattia al momento del controllo disponendo l'eventuale invio del lavoratore al lavoro.

Nel caso in cui il lavoratore rifiuti il giudizio del medico di controllo al momento della visita, deve eccepirlo seduta stante al medico stesso il quale avrà cura di annotano sul referto invitando per il giorno feriale successivo il lavoratore presso l'ambulatorio della A.S.L., per effettuare una visita, in

eventuale contraddittorio con un medico di sua fiducia e il giudizio definitivo sarà espresso dal direttore sanitario e suo delegato medico.

L'onere per l'eventuale presenza del medico di parte è a carico del richiedente.