

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

PER L' INCENTIVAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE

Vista la Legge Regionale n. 5 del 9 marzo 2021 la cui finalità è lo sviluppo delle attuali forme associative della Medicina Generale riconoscendo all'Assistenza Primaria il ruolo cardine dell'assistenza territoriale, al fine di garantire l'effettiva realizzazione della continuità delle cure, la presa in carico della cronicità ed una migliore accessibilità alle prestazioni, anche nei territori montani o con caratteristiche di zona disagiata, le parti concordano, nelle more del rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, di sostituire l'articolo 5 (integrato con nota del 19 aprile 2007) e l'articolo 6 dell'AIR del 31/3/2006 (recepito con la D.G.R. n. 28-2690 del 24/6/2006) con il presente Accordo, come previsto dall'Art. 46 comma 3 dell'ACN del 29 luglio 2009 vigente.

ART. 1 - FONDO REGIONALE

Il fondo regionale a riparto per la qualità dell'assistenza di cui all'art 46 dell'ACN vigente, per l'incentivazione delle forme associative e del personale di studio di cui all'art 59 lettera B, comma 1 lettere a), c), d) ACN del 29 luglio 2009, è definito a decorrere dal 1 gennaio 2021 in euro 35.304.581,00

ART. 2 - FORME ASSOCIATIVE

1. L'associazionismo, come previsto dal vigente ACN per la Medicina Generale, nasce dall'esigenza di:
 - soddisfare tempestivamente bisogni assistenziali non differibili, causa preponderante degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei conseguenti ricoveri ospedalieri, anche in fasce orarie diverse da quelle dedicate da ciascun medico all'attività ambulatoriale;
 - migliorare l'assistenza e, nel contempo, elevare il livello delle prestazioni, aumentando il numero delle ore in cui è possibile accedere agli studi medici;
 - consentire l'utilizzo comune di strumenti e apparecchiature di diagnosi e cura;
 - elevare la possibilità di partecipare ad attività formative;
 - fornire prestazioni sanitarie omogenee sul territorio.
2. Ciascun medico presta la propria opera anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'associazione, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale.
3. Al fine di favorire lo sviluppo della medicina in rete e quella di gruppo, si concorda che le percentuali di riferimento siano stabilite nella seguente misura: Medicina in Rete: 44%; Medicina di Gruppo: 56%
4. Sarà cura dell'Assessorato monitorare, attraverso il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN vigente, l'andamento delle forme associative in gruppo e in rete, modulando eventualmente le percentuali definite dal presente Accordo, d'intesa con le OO.SS. di categoria firmatarie del presente accordo integrativo regionale, anche in riferimento al limite rappresentato dal fondo di cui all'art. 1.

5. Le risorse derivanti dalla cessazione dei medici che operano in “medicina in associazione” e/o dalla fuoriuscita dall’associazione o dallo scioglimento delle stesse, sono reinvestite nel fondo per le finalità di cui all’art 1 del presente accordo .
6. Il Comitato Regionale di cui all’art. 24 dell’ACN vigente istituisce e cura un elenco di dette forme associative, da aggiornarsi con cadenza semestrale, e verifica altresì il numero degli assistiti iscritti ai medici coinvolti nell’associazione.
7. I medici che intendano costituire una nuova forma associativa o variazione di forma associativa esistente devono presentare, a firma del loro rappresentante, due distinte domande, a mezzo PEC, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, a mezzo PEC, comunica al rappresentante della forma associativa e all’ASL di competenza il nulla-osta alla sua costituzione o l’impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle risorse del fondo, tenuto conto dell’ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell’ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all’inizio dell’operatività, alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall’art. 54 dell’ACN.
8. La forma associativa o variazione di forma esistente dovrà diventare operativa entro 90 giorni dal ricevimento del nulla-osta; i relativi benefici economici decorreranno dalla data di effettiva attivazione o variazione.
9. I medici che operano nelle forme associative di gruppo e rete sono tenuti al rispetto degli obblighi contrattuali derivanti dall’ACN e degli AIR, come richiamati dall’art. 3 della Legge Regionale 5 del 9 marzo 2021, nonché dall’art 54 dell’ACN vigente. In particolare:
 - a) sono tenuti al raggiungimento degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale elencati alle seguenti lettere e regolamentati da appositi Accordi Regionali:
 - a) Piano Nazionale delle Cronicità (P.N.C.);
 - b) Piano Nazionale prevenzione Vaccinale (P.N.P.V) 2017-2019
 - d) Governo delle liste d’attesa e appropriatezza di cui all’art. 4 dell’ ACN 21 giugno 2018.
 - b) l’orario di chiusura pomeridiana da parte di uno degli studi in associazione deve avvenire non prima delle ore 19.00. Ciascun Medico in associazione è tenuto all’apertura dell’ambulatorio per un numero di ore settimanali correlato al numero degli assistiti, ai sensi dell’art. 36, comma 5 del vigente A.C.N. Nelle forme associative, l’articolazione oraria nelle fasce mattutine e pomeridiane deve garantire l’apertura pomeridiana di un numero di Studi non inferiore ad un terzo dei Medici Associati. Dovrà essere garantita l’apertura dello studio di Medicina di Gruppo o degli studi di Medicina in Rete almeno 6 ore al giorno;
 - c) svolgono l’attività di prevenzione, come previsto dall’art. 45 dell’ACN vigente, con particolare riguardo all’adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale di cui al comma 2 lettera n);

- d) nell'ambito della presa in carico della cronicità, aderiscono alla Gestione Integrata del Diabete e ad ulteriori progetti disciplinati dagli accordi regionali e aziendali;
- e) partecipano alla sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale, attraverso l'appropriatezza clinica e prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, come previsto dall'art. 16 dell'AIR 2006;
- f) utilizzano i supporti informativi a sostegno delle attività cliniche e assistenziali come previsto dai commi 8 e 9 dell'art. 54 ACN 29 luglio 2009;
- g) assolvono agli obblighi formativi disciplinati dalla normativa vigente e offerta dalle ASL ai sensi dell'art. 20 ACN 29 luglio 2009.
10. La popolazione assistita deve essere informata sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, previa affissione, in ogni studio medico, di apposita comunicazione, al fine di garantire ai cittadini una appropriata informazione nel merito dell'accessibilità a ciascun medico associato.
11. E', inoltre, dovere del medico associato garantire la disponibilità di informazioni, mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata e tempestiva informazione. Il patto costitutivo delle forme associative deve avere congrua evidenza presso gli assistiti, a cura del medico.
12. L'ASL è tenuta a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare i nuovi iscritti in merito all'associazione cui appartiene il medico prescelto (orari di apertura degli altri studi, nominativi degli altri medici facenti parte dell'associazione, etc.). In particolare, gli orari degli ambulatori di tutti i medici dell'associazione devono essere comunicati all'ASL ed esposti in tutti gli studi facenti parte dell'associazione oltreché esplicitati nel patto di costituzione della forma associativa. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente comunicata agli assistiti e all'Azienda competente.
13. Eventuali inadempienze avverso il dettato sopra descritto, comporteranno l'applicazione del disposto normativo di cui all'art. 30 in materia di responsabilità convenzionali.
14. Ciascuna nuova associazione, entro 60 giorni dalla data di costituzione, è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da consegnare agli assistiti.
15. Ogni modifica straordinaria e sostanziale dell'associazione che determina un incremento di spesa ne comporta la rivalutazione del Comitato Regionale.
16. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 54, comma 13 del vigente A.C.N., le AA.SS.LL. possono individuare, nell'ambito delle forme associative, modelli organizzativi sperimentali aggiuntivi.

17. Allo scopo di salvaguardare la capillarità dell'assistenza nei comuni o borgate o frazioni siti in zone a bassa densità abitativa e di rendere l'attività della medicina generale maggiormente adattabile alle diverse contestualità locali, sia in termini di caratteristiche territoriali, sia nel rispetto delle diverse tipologie di utenza, le parti convengono sulla necessità di stabilire criteri integrativi per la costituzione e l'operatività delle forme di medicina di gruppo, che agendo nel rispetto dello scopo istituzionale e degli obiettivi della forma associativa in oggetto, possano adattarsi alle diverse esigenze poste da particolari situazioni. In particolare, è istituito il modello associativo di Medicina di Gruppo-Rete, contraddistinto dalla presenza di una sede centrale e di studi satelliti con le seguenti caratteristiche:

La sede centrale e gli studi periferici devono essere funzionalmente collegati tra loro;

L'apertura deve essere di almeno 6 ore al giorno, opportunamente distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui almeno uno studio della sede centrale aperto fino alle ore 19,00;

Il medico con più studi deve svolgere la propria attività nella sede centrale almeno per 2/3 dell'orario settimanale minimo in caso di MMG con più studi nello stesso Comune;

il medico con più studi deve svolgere la propria attività nella sede centrale almeno per 1/3 dell'orario settimanale minimo in caso di studi in Comuni diversi.

Non è ammesso uno studio periferico con distanza dalle sede centrale inferiore a 500 metri.

18. Per favorire l'adesione ad una forma associativa da parte del medico che opera in particolari situazioni disagiate per la presenza dello studio o degli studi in località a bassa densità di popolazione, è consentita, con parere favorevole da parte dell'UCAD, l'associazione in rete del medico con una medicina di gruppo facente parte della stessa équipe territoriale, senza obbligo per lo stesso di apertura dello studio presso la sede centrale. In tal caso l'incentivo concesso al medico è pari a quello per la medicina in rete.

19. In base a specifici progetti e con parere favorevole da parte dell'UCAD, il limite di medici associati in rete o gruppo-rete può superare il numero di 10, purché tutti i medici facciano parte della stessa équipe territoriale.

ART 3. PERSONALE DI STUDIO

1. Ai fini dell'applicazione di quanto disposto all'art. 59 del vigente A.C.N. e s.m.i., il Comitato Regionale istituisce e cura un elenco dei medici che utilizzano un collaboratore di studio o un infermiere professionale, tenendo distinte le due tipologie.

2. Le percentuali di riferimento sono concordate nella seguente misura:

a) collaboratore di studio: 70% degli assistiti in ambito regionale;

b) personale infermieristico (o personale di cui all'art. 9 ACN 8 luglio 2010): 30% degli assistiti in ambito regionale ;

3. Gli elenchi verranno tenuti ed aggiornati dal Comitato Regionale, ex art. 24 dell'ACN, con cadenza semestrale.
4. I medici che intendono acquisire tali collaborazioni devono presentare due distinte domande, a mezzo PEC, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo PEC, al medico interessato e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua utilizzazione od il superamento del limite percentuale o del fondo ex Art 46. Tale atto è subordinato alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste, e dei fondi a disposizione. Le domande giacenti presso l'Assessorato regionale verranno esaminate con priorità, in ordine temporale di presentazione. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti.
5. L'effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta regionale.
6. Il riconoscimento delle relative indennità ai medici decorre dal momento della presentazione dell'istanza al Comitato aziendale o dal momento dell'effettivo inizio di attività del personale, qualora assunto successivamente alla comunicazione medesima.
7. Il riconoscimento contemporaneo delle indennità può essere riconosciuto solo nell'ambito di una delle forme associative.
8. Qualora il collaboratore di studio o l'infermiere professionale operi per una forma associativa prevista, la relativa indennità è riconosciuta ad ogni medico facente parte dell'associazione, a condizione che il collaboratore sia presente per almeno 16 ore settimanali nel caso di tre medici, 24 ore settimanali nel caso di quattro medici, a tempo pieno nel caso di un numero maggiore a quattro. L'infermiere professionale dovrà, invece, essere disponibile per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore di studio. Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASL competente procederà al conguaglio in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente, non superi le spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze assicurative connesse all'impiego del personale. L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) o 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 comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

ART. 4 INCREMENTO DEL FONDO EX Art. 46 ACN .

1. Le parti si impegnano, al raggiungimento delle sopraelencate percentuali, a revisionarle ed eventualmente aumentarle, mediante ulteriore Accordo Integrativo.
2. In attesa dell'incremento del Fondo, vista la conseguente indisponibilità economica, verranno applicate le seguenti regole.

3. Considerata l'opportunità di garantire per gli assistiti le esistenti medicine di gruppo e in rete il Comitato regionale MMG ex art. 24 ACN provvederà all'autorizzazione delle istanze, presentate dal referente del gruppo o rete, relative ai casi di "sostituzione", dovuti a cessazione del rapporto convenzionale e di dimissioni volontarie in quanto tali ipotesi non comportano un incremento di spesa.

4. In tal caso verranno riconosciute al medico subentrante nelle predette forme associative anche le indennità economiche di collaboratore di studio e personale infermieristico, qualora il medico che recede le percepisse già; e il medico che succede, se interessato, ha l'onere di presentare anche le istanze per personale studio.

5. Le domande per subentro, sia nella forma associativa sia nel personale studio, dovranno essere inviate a mezzo pec nel termine perentorio di 3 mesi dalla data di cessazione del rapporto convenzionale o delle dimissioni volontarie, se non già inviate precedentemente alla cessazione stessa.

6. In caso di "trasferimento" di medici nell'ambito delle stesse forme associative che non comporti la decadenza della medicina di gruppo o in rete di provenienza, non è necessario acquisire il nulla osta regionale. Viceversa, qualora la modifica comporti la decadenza della forma associativa (per il venir meno del numero minimo di componenti) occorre che il Comitato aziendale ex art 23 ACN trasmetta d'ufficio parere al Comitato regionale ex art. 24 ACN, cui spetta la decisione in merito.

7. Nel caso in cui la decadenza di una medicina di gruppo o rete per numero di medici inferiore a 3 venga evitata grazie al subentro di un medico con incarico provvisorio ex Art 38 ACN, la rete o il gruppo viene mantenuta fino all'ingresso di un medico con incarico a tempo indeterminato, fino a 12 mesi.

NORME FINALI E TRANSITORIE

1. Le risorse stanziare con DGR n. 3-2299 del 16/11/2020 per l'incentivazione del personale infermieristico pari a 736.000 euro per l'anno 2020 incrementati a 1.841.195,00, mediante l'art.1, comma 468, della legge 30 dicembre 2020 n. 17, per l'anno 2021, non rientrano nel fondo di cui all'art. 46 ACN vigente. Al fine di non interrompere l'erogazione del servizio da parte dei MMG destinatari di tali fondi, dal fondo di cui all'art. 1 del presente accordo sono accantonati euro 1.841.195,00, per il relativo finanziamento a decorrere dall'anno 2022.
2. In deroga a quanto previsto dall'art. 3 comma 7, l'indennità per il personale infermieristico richiesto ai sensi della DGR n. 3-2299 del 16/11/2020 durante lo stato di emergenza per la pandemia da SARS-COV-2 può essere erogata al MMG che già percepisce l'indennità per il collaboratore di studio anche se non inserito in una forma associativa.
3. Le domande di cui agli articoli 2 e 3 del presente AIR non devono essere reinviare dai MMG che già ricevono i rispettivi incentivi o che hanno già avanzato richiesta per le forme associative e/o il personale di studio, fatto salvo il caso di variazione dell'associazione.

Torino, 7 luglio 2021

L'Assessore alla Sanità, Livelli essenziali di Assistenza, Edilizia sanitaria

Luigi Genesio ICARDI

firmato in originale

Il Direttore Regionale

Mario MINOLA

firmato in originale

Il Responsabile del Settore competente

Mario RAVIOLA

firmato in originale

Per le organizzazioni sindacali

OS FIMMG

Roberto VENESIA

firmato in originale

OS SNAMI

Mauro GROSSO CIPONTE

firmato in originale

OS SMI

Antonio BARIILLA

firmato in originale