

Delegazione Trattante Medicina Generale
Verbale del 04.03.2024

In data odierna c/o la sede dell'Assessorato Regionale della "Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19", aula del 1° piano, si è riunita la Delegazione Trattante della Medicina Generale – ex art. 15 co. 5 dell'ACN 28/4/2022 -.

Inizio lavori ore 15:00 - Sono presenti:

Componente Regionale	Presente	Assente	FIRMA
Dr. Palese Rocco - Assessore	Sì		
Dott. Montanaro Vito – Direttore Dipartimento	Sì		
Dott. Nicastro Mauro – Dirigente Sezione SGO	Sì		
Dott. Stella Paolo - Dirigente di Sezione		Sì	
Dott. Pacifico Benedetto G. – Dirigente di Sezione		Sì	
Dott. Carbone Vito – Dirigente servizio SGAO	Sì		
Dott. Ranieri Gianluca - Segretario	Sì		

Componente Sindacale	Presente	Assente	FIRMA
O.S. FIMMG			
Dr. Monopoli Donato	Sì	Componente	FIRMATO
Dr. ssa Sportelli Maria Rosaria	Sì	Componente	FIRMATO
Dr. De Maria Antonio Giovanni	Sì	Componente	FIRMATO
Dr. Calabrese Nicola	Sì	Componente	FIRMATO
Dr. Morlino Dauno	Sì	Esperto	FIRMATO
O.S. SMI			
Dr. Cafagna Mariano	Sì	Sostituto	FIRMATO
Dr. Falcone Michele	Sì	Componente	FIRMATO
O.S. SNAMI			
Dr. Sportelli Giovanni	Sì	Componente	FIRMATO
Dr. Lauriola Carmine		Sì	
O.S. Federazione Cisl Medici			
Dr.ssa Scrima Marcella		Sì	

Ordine del giorno:

- 1) Lavori preparatori definizione AIR MMG.

In data odierna c/o il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale risultano presenti i rappresentanti delle organizzazioni FIMMG, SMI e SNAMI, giusta autoconvocazione del 26.02.2024. Si da atto che la O.S. Federazione Cisl Medici pur ritualmente convocata risulta assente.

Avvia i lavori il Direttore del Dipartimento, il quale rappresenta ai convenuti l'indice della programmazione e gli obiettivi condivisi che dovrà costituire la strutturazione su cui costruire il nuovo Accordo Integrativo Regionale per garantire il potenziamento della medicina territoriale.



Obiettivi dell'AIR :

Obiettivo n. 1: definire la modalità di integrazione dei medici non inclusi nelle forme associative di cui alla DGR n° 2289/07, con contestuale riconoscimento di una indennità di AFT;

Obiettivo n°2: Garantire il processo di transizione delle forme associative funzionali (rete e super rete) nel modello delle AFT, definendone le indennità, nel rispetto della norma finale n. 10 dell'ACN 28.4.2022;

Il monitoraggio effettuato attraverso il sistema informativo regionale evidenzia che i medici che non esercitano all'interno di una forma associativa di cui alla DGR n° 2289/07 sono **585** così ripartiti:

2024	MEDICI	POPOLAZIONE NON IN ASS.
ASL BARI	147	148.549
ASL BAT	40	35.900
ASL BR	48	54.524
SL FG	82	101.164
ASL LECCE	168	198.829
ASL TA	100	120.441
REGIONE	585	659.407

Al fine di uniformare la partecipazione dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta all'interno delle AFT, l'AIR riconoscerà un'indennità di AFT a tutti i medici che erogano l'assistenza e non inseriti in una forma associativa, allineando, se necessario, quella percepita dai medici che esercitano la propria attività all'interno di forme di rete ai sensi della DGR n° 2289/07.

Obiettivo n. 3: Stabilizzazione e ulteriore sviluppo delle forme di organizzazioni strutturali all'interno delle AFT sul modello erogativo del "gruppo" (in seguito mGr), "super gruppo" e "CPT" (in seguito rispettivamente mSGr e mCPT), in prospettiva potenzialmente le CdC articolate sottoforma di "hub" e "spoke", con l'obiettivo nel 2025 di portare tale forma di



organizzazione assistenziale strutturale ad una percentuale riferita ai medici non inferiore a livello regionale del 50%.

L'AIR dovrà definire la modalità attraverso cui rendere stabile il modello erogativo delle forme associative strutturali della DGR n° 2289/07 all'interno delle AFT e prevederne l'ulteriore evoluzione individuando il ruolo che assumeranno all'interno dell'AFT anche per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali definiti nell'ambito degli accordi regionali.

Obiettivo n. 4: Avvio del modello delle AFT anche attraverso la individuazione dei Referenti di AFT e l'integrazione con il modello di monitoraggio della medicina generale ai sensi delle LL.RR. n° 25 e n. 26 del 2006.

L'AIR dovrà definire l'integrazione della rete dei Referenti di AFT con il modello di monitoraggio della medicina generale di cui alle leggi n° 25 e n.26, la modalità di elezione dei referenti di AFT e i relativi compensi, le modalità di valutazione degli obiettivi assegnati alle AFT ed ai Referenti, le linee di indirizzo del regolamento aziendale.

Obiettivo n. 5: Supportare i medici all'innovazione digitale funzionale all'organizzazione e alle attività delle AFT.

L'AIR individuerà le risorse per supportare i medici all'innovazione digitale delle AFT al fine di garantire la continuità assistenziale attraverso il collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti e le funzioni di monitoraggio delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11, ACN, anche in relazione alle attività di coordinamento e supporto previste per il referente di AFT.

Obiettivo n. 6: Ampliare l'offerta assistenziale ambulatoriale dell'assistenza primaria a ciclo di scelta attraverso l'organizzazione dell'attività erogativa all'interno delle AFT il sabato e nei giorni prefestivi infrasettimanali nella fascia oraria dalle ore 8:00 alle ore 11:00.



L'AIR individuerà gli strumenti, anche economici, per consentire, nell'ambito dell'autonoma organizzazione delle singole AFT della medicina generale, all'assistenza primaria a ciclo di scelta di erogare l'offerta assistenziale ambulatoriale il sabato ed i giorni prefestivi infrasettimanali nella fascia oraria dalle ore 8:00 alle ore 11:00.

Obiettivo n. 7: Assicurare a tutti i medici un numero minimo di ore settimanali di collaboratore di studio secondo uno standard da concordare e che sia idoneo a ridurre il carico burocratico ai medici di assistenza primaria.

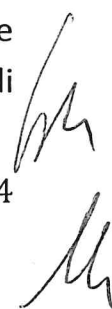
L'AIR dovrà individuare gli strumenti a regime per assicurare a tutti i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta un numero di ore settimanali di collaboratore di studio non inferiore a 10.

Obiettivo n. 8: Assicurare anche in maniera graduale a tutti i medici un numero minimo di ore settimanali di personale infermieristico, nel rispetto della declaratoria di cui all'art. 61 DGR n. 425/2011, secondo uno standard da concordare in base alla disponibilità e con un finanziamento dedicato. Tale obiettivo potrà essere attivato in maniera disgiunta rispetto al punto precedente in relazione alla disponibilità di ulteriori risorse da individuare.

L'AIR dovrà individuare gli strumenti anche in termini di programmazione a medio termine per consentire di amplificare il supporto degli infermieri e delle altre figure sanitarie (cfr. art. 61 DGR 425/2011) all'interno delle AFT anche attraverso un modello funzionale.

Obiettivo n. 9: definizione di Zone disagiate.

Per lo svolgimento dell'attività convenzionata nei comuni in cui opera un solo MMG a ciclo di scelte che non raggiunge un numero di assistiti pari alla frazione del rapporto ottimale (651) aumentato del 20% (781 scelte), viene riconosciuta un'indennità mensile all'interno dell'AIR, a condizione di



garantire un impegno orario di studio equivalente all'attività di MMG a ciclo di scelte massimalista e cioè 18 ore settimanali.

L'indennità di cui al precedente co. 1, svincolata dal numero degli assistiti, verrà riconosciuta anche ai MMG a ciclo di scelte che operano, in qualità di unico medico nei comuni di riferimento aggregati, a condizione che risultino attivati almeno 2 studi convenzionati nei quali dovrà essere garantito un impegno orario pari a n.18 ore settimanali

L'AIR individuerà, in uno a quelle strumentali, le risorse economiche aggiuntive forfetarie e mensili da riconoscersi.

Obiettivo 10 : Individuare l'assistenza domiciliare come obiettivo assistenziale delle AFT partendo da quanto definito nella DGR n° 2289/07.

Il PNRR ha individuato nel 10% dei pazienti di età pari o superiore a 65 anni l'obiettivo che le regioni devono trapiantare rispetto all'assistenza domiciliare nel 2026. La DGR n° 2289/07 aveva già individuato strumenti per implementare l'offerta di assistenza domiciliare nelle situazioni di fragilità in Puglia. Il nuovo AIR dovrà individuare gli strumenti, ivi incluse le eventuali risorse finanziarie, per amplificare la capacità della medicina generale della presa in carico a domicilio della popolazione più fragile in coerenza con l'art. 22 del DPCM 12/01/2017 (LEA).

Obiettivo n. 11: Strutturare un modello di offerta attiva della vaccinazione dell'adulto partendo da quanto definito dalla DGR n° 2289/07 e dai protocolli definiti durante l'emergenza pandemica.

L'ACN della medicina generale ha tra i suoi obiettivi prioritari l'individuazione, attraverso l'AIR, di un modello organizzativo della medicina generale *"necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale"*. Diventa, quindi, necessario strutturare nell'AIR il modello organizzativo attraverso cui garantire la *"attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle*



relative attività collegate”. Il pagamento delle prestazioni e la valutazione della performance terranno conto della qualità e quantità e del supporto fornito dai Dipartimenti di prevenzione di ciascuna Azienda Sanitaria e dai Distretti di riferimento per ciascun medico e/o AFT.

Obiettivo n. 12: creare le premesse per l’attuazione dell’ACN recepito con atto d’intesa da parte della Conferenza Stato- Regione Rep. Atti n. 177 CSR del 30 ottobre 2020, nella parte relativa agli obiettivi di cui all’art. 4- dell’ACN vigente - obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (diagnostica di I° livello ex DM 29 Luglio 2022 pubblicato su G.U. n. 226 del 29.7.2022) per migliorare “la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell’appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)” considerato che tra gli obiettivi dell’ACN vi è l’attuazione del P.N.C che “impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza”.

L’AIR dovrà avviare il percorso di presa in carico della cronicità descritto nella DGR n. 1935 del 30.10.2018 – CARE Puglia 3.0 iniziando a definire le modalità di attuazione dell’ACN del 30.10.2020 per la fornitura dei dispositivi di diagnostica di I° livello alla medicina generale in coerenza con il Decreto del 29 luglio 2022 che prevede l’assegnazione di risorse alle Regioni per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai Medici di Medicina Generale (MMG).

Obiettivo n. 13: La riorganizzazione della rete dell’assistenza primaria ad attività oraria della regione all’interno dell’AFT.

Obiettivo n. 14: La riorganizzazione della rete del servizio di Emergenza Urgenza 118.

Obiettivo n. 15 : Istituzione ed attivazione di una cabina di regia con il compito di monitorare l’applicazione dell’Accordo Integrativo Regionale anche



con riferimento alla messa a disposizione dei mezzi a favore dei MMG per il conseguimento degli obiettivi assegnati.

La Regione Puglia e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito OO.SS.), legittimate ai sensi dell'art. 15, comma 4 dell'Atto d'Intesa rep. Atti 71/CSR del 28 aprile 2022, con il presente Accordo individuano gli obiettivi strategici e le risorse per la definizione dell'accordo integrativo regionale (in seguito AIR).

1. La Regione Puglia assume di impegnare formalmente e nei termini di legge le risorse economiche necessarie per il presente accordo relativo all'assistenza primaria a ciclo di scelta e di renderlo esecutivo entro 30 aprile 2024.
2. La Regione Puglia si impegna a definire l' accordo relativo alla assistenza primaria ad attività oraria e la riorganizzazione del Servizio Emergenza Urgenza entro il 31 agosto 2024.
3. In fase di prima applicazione saranno impegnate ed utilizzate le risorse rinveniente dai finanziamenti riconducibili al fondo indistinto ed al finanziamento AIR. Le ulteriori risorse ritenute necessarie troveranno copertura nell'esercizio finanziario anno 2025.

I lavori terminano alle ore 17.45.

Dichiarazioni a Verbale

Il presente verbale si intende integrato con quanto dichiarato dalla O.S. FIMMG in data 28.02.2024, ed acquisita a prot. n. 110630 del 01.03.2024, come di seguito si riporta:

ART. – ISTITUZIONE DELLE AFT

1. Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo ciascuna Asl, nell'ambito della delegazione trattante aziendale di cui all'articolo 15, comma 5, istituisce le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) secondo la tabella individuata nella DGR n° 742 del 29/05/2023.
2. Ciascun medico incaricato nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta è assegnato ad una sola AFT.



3. L'assegnazione dei medici a ciclo di scelta, nei comuni dove sono previste più AFT da parte delle AA.SS.LL. nei modi al punto 1, deve avvenire tenendo presente i seguenti criteri:

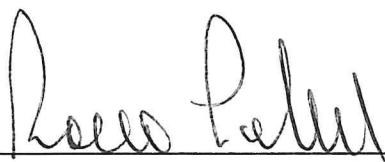
- a) Appartenenza ad una stessa forma associativa di cui alla DGR n° 2289/07;
- b) Contiguità territoriale.

4. Nell'ambito della delegazione trattante aziendale potranno essere individuate deroghe di cui alla lettera a) del comma precedente per le forme associative di rete o super rete. Tali deroghe dovranno essere comunicate e condivise dal tavolo regionale.

L.C.S.

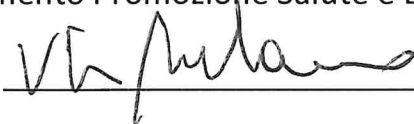
L'Assessore regionale

dr. Rocco Palese



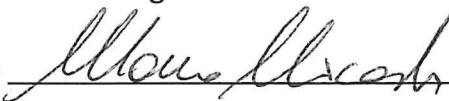
Il Direttore del Dipartimento Promozione Salute e Benessere Animale

dott. Vito Montanaro



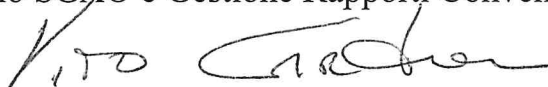
Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta

dott. Mauro Nicastro



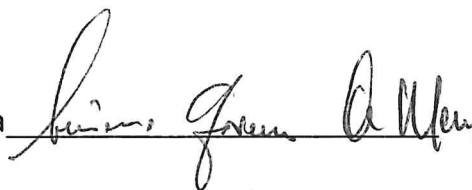
Il Dirigente del Servizio SGAO e Gestione Rapporti Convenzionali

dott. Vito Carbone



le seguenti Organizzazioni Sindacali

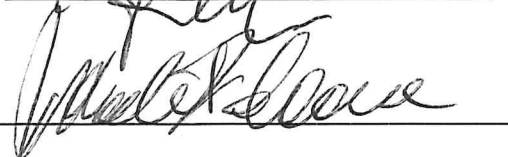
O.S. FIMMG – dr. Antonio Giovanni De Maria



O.S. SNAMI – dr. Giovanni Sportelli



O.S. SMI – dr. Michele Falcone



O.S. FED. CISL MEDICI – dr.ssa Marcella SCRIMA

ASSENTE

