

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 marzo 2011, n. 425

**Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale ACN 29/07/2009 e ACN 08/07/2010. Approvazione. Rettifica DDGRR n.5/03 e n. 936/05 e smi.**

Assente l'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile del procedimento, così come confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale, riferisce quanto segue l'Ass. Godelli:

Premesso che,

in data 12 febbraio 2010, a seguito dei lavori ultimati dei Tavoli Tecnici, il Comitato Permanente Regionale composto da Parte Pubblica e Parte Sindacale, è stato siglato l'Accordo Integrativo Regionale per i medici della medicina generale, all. A) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale composto da numero 10 pagine, relativo all'ACN 29 luglio 2009;

tale intesa amplia il processo di perfezionamento della qualità della medicina generale indirizzando l'attività professionale per "problemi" e avvia la modalità di gestione della cartella clinica informatizzata;

in fase di prima applicazione, fermo restando quanto stabilito dall'art. 59 bis dell'ACN, al fine di avviare il processo di miglioramento dell'attività sanitaria, il medico di medicina generale deve impostare la propria attività orientandola limitatamente ai problemi dell'"ipertensione arteriosa" e/o del "diabete mellito", con l'obiettivo della gestione della cartella clinica, per il 90% dei pazienti, per soggetti esenti ticket ed in carico a ciascun medico sin dalla data di adesione ai progetti di che trattasi;

per il raggiungimento degli obiettivi e delle finalità della sanità elettronica, coerentemente con quanto previsto con la DGR 2289/07, in tema di obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e di utilizzo del governo clinico quale strumento per garantirne l'appropriatezza e la qualità, è istituito il Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale ed in ogni ASL, composto da medici di medicina generale;

il compito dell'istituendo nucleo è la formazione dei medici della medicina generale al miglior utilizzo del mezzo informatico, all'ottimizzazione dei processi assistenziali, allo sviluppo dei percorsi di ricerca e verifica della qualità, l'avvio del processo per la gestione del fascicolo individuale elettronico;

con questa intesa, infine, si avvia la seconda fase del progetto relativo al "rischio cardiovascolare" e per quei medici che non hanno partecipato alla prima fase gli stessi potranno aderire al riavvio entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo;

per quanto attiene al progetto "diabete" è consentito ad ogni Azienda Sanitaria il reclutamento del 20% dei medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi aziendali;

tra l'altro, l'accordo in parola, richiamando l'art. 55 dell'Accordo Integrativo regionale reso esecutivo con la DGR 2289/07 "fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse", prevede, in ragione della flessibilità dei fondi, che le somme residue siano utilizzate per finanziare progetti proposti da ciascun Comitato Permanente Aziendale ai sensi dell'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici della medicina generale.

In data 22 novembre 2010 è stato sottoscritta, tra parte Pubblica e parte Sindacale, l'intesa relativa all'applicazione regionale di quanto disciplinato dall'Accordo Collettivo Nazionale, 8 luglio 2010, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i. - biennio economico 2008-2009, all. B) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale composto da numero 1 pagina;

In applicazione dell'art. 12 del DPR 272/00 sono istituiti anche nella nostra Regione i Comitati Regionali Permanenti ed i relativi tavoli Tecnici al fine di procedere alla definizione delle code contrattuali e di accordi, nonché a fornire proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione della normativa di settore.

Con le DDGRR n.5/03 e n. 936/05 la Giunta Regionale nell'approvare le intese contrattuali con i rappresentanti di categoria nell'ambito dell'ACN per la medicina generale, aveva previsto per i dipendenti del comparto, incaricati della funzione di segretari dei Comitati Regionali Permanenti e dei relativi Tavoli Tecnici, un gettone di presenza pari a euro 155,00 in analogia a quanto percepito dai rap-

presentanti delle OOSS, ove le attività fossero espletate al di fuori del normale orario di servizio.

La Corte dei Conti, Sezione per la Puglia, con recente sentenza n. 568 del 23/09/2010, rilevando il danno erariale derivante dall'erogazione di compensi a pubblici dipendenti con qualifica non dirigenziale in violazione del principio di omnicomprensività del trattamento economico di cui agli artt. 2 c. 3 e 45 c. 1 del Dlgs 165/2001, ha confermato il principio della esclusiva regolazione mediante contratti collettivi del trattamento economico dei pubblici dipendenti. Ha, inoltre, riaffermato che tale trattamento economico non rientra tra le materie di competenza regionale, né esclusiva né concorrente e non può pertanto essere previsto da atti legislativi regionali né tantomeno da atti amministrativi.

Per quanto sopra esposto si ritiene necessario procedere alla rettifica delle DDGGRR n.5/03 e n. 936/05, stabilendo che ai dipendenti pubblici incaricati della funzione di segretari dei Comitati Regionali Permanenti e dei relativi Tavoli Tecnici, ove le attività siano svolte al di fuori dell'orario di servizio, non può essere corrisposto il gettone di presenza secondo le modalità ivi previste, bensì possono essere utilizzati esclusivamente gli istituti contrattuali vigenti.

#### SEZIONE CONTABILE: ADEMPIMENTI DI CUI ALLA L.R. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.

Che la spesa annua derivante dal presente atto è pari a 6 milioni di euro il cui finanziamento trova copertura nell'apposito capitolo di spesa 741095/2011..

Il Dirigente del Servizio P.A.T.P.  
Dr. Fulvio Longo

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale facendo presente che tale competenza dell'organo di direzione politica all'adozione dello stesso atto è stabilita dall'art. 4, comma 4°, lett. a), della L.R. n° 7/97.

#### LA GIUNTA

Udita la relazione dell'Assessore relatore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

#### DELIBERA

- di approvare tutto quanto espresso in narrativa e quivi riportato a farne parte integrante e sostanziale;
- di approvare l'Accordo Integrativo Regionale, allegato A), composto da 10 pagine, del presente provvedimento qui richiamato, per costituirne parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riferito all'ACN 29 luglio 2009;
- di approvare l'Accordo Integrativo Regionale, allegato B), composto da 1 pagina, del presente provvedimento qui richiamato, per costituirne parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riferito all'ACN 8 luglio 2010;
- di stabilire che gli effetti giuridici ed economici del presente provvedimento decorrono dalla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia.
- di stabilire, altresì, che l'Accordo in parola resterà in vigore, in regime di prorogatio, fino alla stipula degli Accordi regionali previsti dal successivo Accordo Collettivo Nazionale qualora, quest'ultimo non ne modifichi i contenuti sostanziali;
- di stabilire che per i dipendenti pubblici incaricati della funzione di segretari dei Comitati Regionali Permanenti e dei relativi Tavoli Tecnici, ove le attività siano svolte al di fuori dell'orario di servizio, non sono previsti emolumenti differenti da quanto indicato dagli istituti contrattuali vigenti;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Dott. Nichi Vendola

## Accordo Regionale per la Medicina Generale

### Art. 58 Accordi regionali

L'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 viene confermato e integrato con i seguenti articoli e resterà in vigore in regime di prorogatio legis sino alla entrata in vigore del nuovo accordo regionale.

### Art. 59 Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale: standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica informatizzata.

Fermo restando quanto stabilito dall'art. 59 bis dell'ACN, al fine di avviare il processo di miglioramento della qualità, il medico di medicina generale deve impostare la propria attività orientandola per problemi.

I medici di medicina generale adeguano la loro modalità di gestione della cartella clinica informatizzata a quanto previsto dal comma precedente entro dodici mesi dalla pubblicazione del presente accordo.

Per tale attività è riconosciuto al medico di medicina generale un compenso pari a € 1,17 /assistito/anno.

In fase di prima applicazione le attività di cui al presente articolo sono limitate ai problemi "ipertensione arteriosa" e/o "diabete mellito".

Il CPR avrà cura di provvedere alla definizione di nuovi modelli.

Il medico invia comunicazione al proprio Distretto notificando la data di inizio di tale attività.

L'obiettivo da raggiungere è la gestione della cartella clinica per problemi riferita al 90% dei propri pazienti con esenzione ticket per ipertensione e diabete mellito alla data di adesione al progetto.

I medici di medicina generale inviano ogni quattro mesi al Distretto per ogni paziente catalogato all'interno della cartella clinica con il problema "ipertensione arteriosa" e "diabete mellito" un report per ciascuna patologia in formato tipo Excel contenente i seguenti dati:

- Anno di nascita
- Sesso
- La presenza di esenzione Ticket
- L'ultimo valore di PA sistolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di PA diastolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di BMI registrato in cartella negli ultimi tre mesi

Nel report deve essere indicato il numero complessivo dei pazienti in carico, desumibile dal numero degli assistibili indicati nell'ultima busta paga;

Il report dovrà avere il seguente formato:

	Dott. Cognome e Nome		Mesi di Aprile Maggio Giungo Luglio 2010		Pazienti in carico : 1234	Totale esenti Diabete
	Anno nascita	Sesso	P. Sistolica	P. Diastolica	BMI	Totale esenti Ipertensione
1	1953	M	140	80	23	ESENZIONE 013 o 031

I quadrimestri da considerare sono Gennaio – Aprile; Maggio – Agosto; Settembre - Dicembre.

Per assistito in carico si intende tutti i pazienti iscritti al medico e non già solo quelli affetti da Ipertensione e/o Diabete mellito.

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP che li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il monitoraggio relativo al raggiungimento dell'obiettivo previsto deve essere effettuata al termine dei tre quadrimestri dal responsabile dell'UACP.

Il report relativo al monitoraggio effettuato viene inviato all'azienda per i gli adempimenti di competenza.

Il compenso di €. 1,17/assistito/anno di cui innanzi è riconosciuto, dalla data di adesione, esclusivamente ai medici che hanno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso con le competenze del mese successivo a quello del monitoraggio che attesta il raggiungimento dell'obiettivo.

#### **Art. 60 Referente regionale per le Cure Primarie**

Il referente regionale per la medicina generale è un medico di medicina generale con almeno 1.000 assistiti in carico e con non meno di 20 anni di servizio in qualità di MMG, con formazione specifica in metodologia epidemiologica ed esperienza specifica nella negoziazione regionale determinata dalla L. 30 dicembre 1991 n. 412 e successive modifiche, individuato dal CPR e nominato con Determina Regionale del settore competente.

**Compiti:**

- È il referente regionale degli uffici aziendali delle cure primarie, coordina le attività degli uffici ASL, per i compiti previsti dalle leggi regionali 25/06 e 26/06 e dagli accordi regionali.
- Cura l'attività di monitoraggio regionale delle attività svolte dalla Medicina Generale in applicazione degli accordi nazionali, regionali e aziendali, ai fini della programmazione regionale da parte del CPR.
- E' componente dell'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/08 ed è referente per la MMG per la sanità elettronica.
- Collabora ai fini della istruzione di procedimenti sull'applicazione degli accordi nazionali e regionali.

Il CPR all'atto della individuazione del referente di cui al presente articolo individua anche i due componenti di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

Le nomine di cui sopra hanno la stessa durata dell'accordo regionale.

L'impegno del referente non può superare 2 accessi settimanali. Per ciascun accesso si applica quanto previsto dall'art. 13, comma 11, lett. A) dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07. Quanto sopra si applica anche per le attività di cui all'art. 11 c.8 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

**Art. 61 Flessibilità dei fondi.**

I progetti di cui all'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 devono intendersi come attività strutturali della MG. Il finanziamento dei fondi che assicurano le attività dei progetti di cui innanzi sono garantiti dalla Regione Puglia.

Le risorse di cui all'Art. 55 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 " fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse" sono oggetto di verifica annuale e le somme residue sono riutilizzate per finanziare progetti proposti dal CPA ai sensi dell'Art 25 dell'ACN.

Pertanto le ASL procedono, entro la chiusura dell'esercizio, ad accantonare tali somme residue per finanziare i progetti di cui al comma precedente.

Tali progetti, prima di essere deliberati dal Direttore Generale, devono ottenere il parere positivo del CPR.

Il fondo di cui all'art. 5 lettera B dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, può essere impiegato, su proposta del CPA, per l'utilizzo oltre che dell'infermiere, anche delle figure professionali di Ostetrica, Tecnico della Riabilitazione ed Assistente Sanitario, in coerenza con quanto previsto dall'art. 5.

Tale facoltà potrà essere esercitata dai medici aderenti alle forme associative complesse, che già utilizzano collaboratori di studio, e prioritariamente per coloro che non si avvalgono della collaborazione di personale infermieristico.

Per l'ulteriore sviluppo della forma associativa complessa supergruppo l'azienda può integrare il piano di sviluppo delle forme associative utilizzando le risorse residue vincolate al passaggio da gruppo a supergruppo per favorire la costituzione di nuove forme associative supergruppo a partire da qualsiasi assetto organizzativo del medico (medico singolo, medico in associazionismo semplice, rete e super rete).

Il fondo di cui all'art. 56 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 è attribuito a ciascuna Azienda nella misura di €. 0,214 per il numero di cittadini residenti nella ASL.

## Art. 62 RCV

### A. Seconda Fase del progetto RCV.

I medici che al 30/06/09 hanno superato il 35% del reclutamento della popolazione target per il calcolo del RCV accedono alla seconda fase del progetto che prevede:

- 1) l'ulteriore reclutamento di pazienti a cui effettuare il calcolo del rischio;
- 2) l'invio al Distretto, a partire dal 01/10/2010 e non oltre il 31/12/2010, di un report alla data del 30/09/2010 in cui, per ogni paziente cui sia stato calcolato il RCV nel periodo 09/01/2008 - 30/09/2010, siano riportati tutti i dati necessari al calcolo del RCV: pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo HDL, condizione di paziente iperteso, condizione di paziente diabetico, abitudine o meno al fumo secondo il seguente schema:

Codice Fiscale	Data rilev	RCV	P.A.	C-Tot	C-HDL	Ipertensione	Diabete	Fumo

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso di €. 15,00 per ciascun paziente reclutato sarà riconosciuto esclusivamente ai medici che avranno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso pari a € 15,00 per ciascun paziente arruolato con le competenze del mese successivo a quello di invio.

Per paziente arruolato si intende ogni paziente al quale sia stato effettuato nel periodo indicato (09/01/2008 – 30/09/2010) almeno un calcolo del RCV.

#### B. Riavvio del progetto RCV.

Tutti i medici che non hanno partecipato alla prima fase del progetto RCV o non hanno superato la soglia del 35% per partecipare alla seconda fase del progetto possono, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, aderire al riavvio del progetto RCV.

Insieme alla disponibilità ad aderire al progetto, secondo le modalità già previste per la prima fase, i medici devono comunicare al Distretto di appartenenza la propria popolazione target: soggetti con età compresa tra 35 e 69 anni alla data di pubblicazione del presente accordo, esclusi quelli in cui sia stato già registrato un evento cardiovascolare.

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Ai medici che nei successivi dodici mesi avranno registrato il calcolo del RCV almeno al 35% della propria popolazione target sarà corrisposto un compenso pari a €. 1,40 per assistito ricompreso nella sua popolazione target comunicata all'atto di adesione al progetto.

Ogni medico trasmette in formato elettronico tipo Excel dati riferiti alla propria popolazione di assistiti per il calcolo del RCV al Distretto di appartenenza. Secondo il seguente formato:

Codice Fiscale	Data rilevazione RCV	Valore RCV
ZZZBCC55F31B234Z	12/06/2010	5,4

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso sarà corrisposto entro sessanta giorni dal giorno dell'invio dei dati.

### **Art. 63 Progetto Diabete**

Il progetto Diabete di cui al presente accordo realizza quello individuato dal Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007.

Ad ogni ASL è consentito il reclutamento del 20% dei medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi della propria azienda. Entro un mese dalla pubblicazione del presente accordo la Regione Puglia pubblica sul BURP un bando con il quale invita i medici di assistenza primaria ad aderire al progetto. Le domande saranno inviate dal MMG alla ASL di appartenenza che elaborerà la graduatoria aziendale.

I medici saranno graduati sulla base dei seguenti criteri:

- aver già superato alla data del 30/06/2009 il 35% del reclutamento dei pazienti per il calcolo del RCV sulla base dei criteri stabiliti dal relativo progetto;
- essere componente di una forma associativa complessa (super rete, super gruppo, CPT);
- Anzianità di utilizzo della cartella clinica informatizzata documentata dalla data di riconoscimento dell'indennità informatica.

Le ASL approvano la relativa graduatoria entro trenta giorni dal termine ultimo di presentazione delle domande previste dal bando. Entro i successivi trenta giorni la fase operativa del progetto avrà inizio con il reclutamento dei pazienti e l'inserimento all'interno della cartella clinica di ogni paziente reclutato dei seguenti dati:

Pressione arteriosa

Valore della emoglobina glicata

Valore del BMI

Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL



Valore di Creatinina

Valore della microalbuminuria

Valore numerico del RCV calcolato secondo ISS

Vaccinazione anti influenzale.

Entro sei mesi dalla data di avvio del progetto i medici aderenti invieranno un primo report contenente i seguenti dati :

- **Codice paziente** : costituito da cinque caratteri. I primi due saranno le lettere iniziali del cognome e nome, i successivi due, numerici, saranno le ultime due cifre dell'anno di nascita e l'ultimo carattere sarà M o F a seconda del sesso Maschile o Femminile del paziente. ( Esempio il sign Rossi Mario nato il 15 marzo del 1055 sarà codificato come RM55M e la Signora Verdi Adelina nata il 13/12/1945 sarà codificata come VA45F)
  
- **Indicatori di processo**
  - N° di pazienti reclutati / Totale pazienti diabetici in carico
  - N° di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
  - N° di pazienti arruolati con dato di emoglobina glicata registrata negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
  - N° di pazienti arruolati con dato di BMI registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
  
- **Indicatori di esito**
  - N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di PA  $\leq$  130/80 / Totale pazienti arruolati
  - N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di emoglobina glicata  $\leq$  7% / Totale pazienti arruolati

- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di colesterolo totale  $\leq 190$  mg/dl /Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale/Totale dei pazienti arruolati

Entro dodici mesi dall'inizio del progetto il medico dovrà inviare due report. Il primo con i nuovi dati semestrali del progetto come sopra riportati, il secondo con i seguenti dati annuali:

- N° di pazienti arruolati con dato di colesterolo totale registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di rischio CV assoluto (ISS) registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati

I dati, su file in formato tipo Excel, devono essere inviati al Distretto di appartenenza. Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il Distretto provvede a trasmettere semestralmente l'elenco dei medici che hanno adempiuto all'invio del dato di cui sopra all'Ufficio aziendale per il personale convenzionato per la MG ai fini del pagamento dei compensi.

Per le attività di cui innanzi è corrisposto un compenso pari a €. 54,00 per ogni paziente reclutato da erogare in due soluzioni:

- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo semestre.
- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo anno

### **Art. 64 Sanità Elettronica**

Per perseguire gli obiettivi e le finalità della sanità elettronica, coerentemente con quanto previsto dall'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 in tema di obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e di utilizzo del governo clinico quale strumento per garantirne l'appropriatezza e la qualità, è istituito il Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale ed in ogni ASL, composto da medici di medicina generale.

Sono componenti del Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale il referente regionale per le cure primarie ed i componenti dell'Ufficio di Segreteria di cui al comma 2 dell'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07; a livello aziendale il responsabile dell'UACP, con funzione di coordinatore aziendale, a livello distrettuale un nucleo di medici di medicina generale, selezionati secondo gli indirizzi definiti dal CPR, con riferimento di un rapporto di un tuor ogni 12 medici di mG su base aziende.

Il NuFoSE ha il compito di formare i mmg all'utilizzo del mezzo informatico per migliorare i processi assistenziali, sviluppare percorsi di ricerca e di verifica della qualità, avviare il processo per la gestione del fascicolo individuale elettronico.

In fase di prima applicazione i progetti previsti dal presente accordo costituiscono gli obiettivi della Sanità Elettronica.

Il NuFoSE regionale elabora un progetto formativo e le linee guida per la formulazione ed attuazione dei piani aziendali per la formazione in Sanità Elettronica (SE) e lo sottopone all'approvazione del CPR..

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la formazione in SE e lo presenta al CPA per l'approvazione.

Per la realizzazione di quanto previsto dal presente articolo è individuato un fondo aziendale pari a € 0,44 per cittadino residente.

Il piano aziendale per la formazione in SE equivale al piano formativo aziendale per i MMG così come previsto dall'art.20 dell'ACN del 29.7.2009 ed è trasmesso al CPR, quale debito informativo obbligatorio della ASL.

Il Piano aziendale per la formazione in SE è approvato entro 60 giorni dalla definizione in seno al CPR delle linee guida regionali per la formazione alla SE, e prevede lo schema di ripartizione delle risorse del fondo aziendale nonché le modalità di composizione dei nuclei aziendali di Formazione Sanità Elettronica e le relative indennità, gli indicatori di risultato che devono essere trasmessi all'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, nel rispetto degli indirizzi regionali

Ai componenti del NuFoSE regionale sono riconosciute dalla ASL di appartenenza le stesse indennità prevista per i formatori di cui al presente articolo.

In fase di prima applicazione, che avrà durata di 12 mesi dall'approvazione del piano aziendale, obiettivo dell'attività dei NuFoSE è quello di favorire l'adesione dei mmg alla

gestione della cartella clinica informatizzata per problemi, così come previsto dall'art. 1 del presente accordo, allo sviluppo della SE e la formazione dei medici che hanno aderito al progetto RCV e al progetto Diabete.

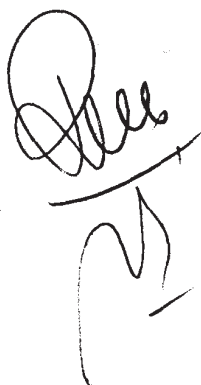
Il piano aziendale di cui al presente articolo è approvato nell'ambito del CPR entro 30 gg. dalla pubblicazione degli indirizzi regionali.

Bari 15 febbraio 2010

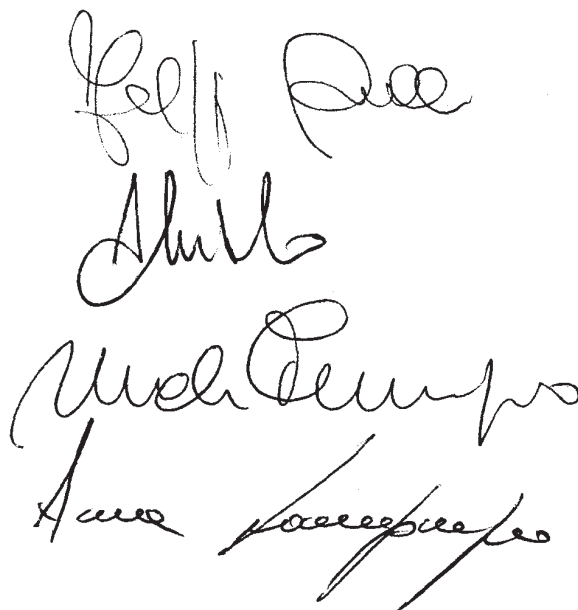
**ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE**

Tom Flor

**La Parte Pubblica :**



**Le Organizzazioni Sindacali**



**Allegato B**

## Accordo Regionale 2010 bis

Il presente accordo, nel rispetto di quanto fissato dagli articoli 4, 5 e dal comma 2 dell'articolo 8 dell' ACN 8 luglio 2010- biennio economico 2008-2009 stabilisce quanto segue.

Ai medici di assistenza primaria è riconosciuta la quota capitaria di €. 0,81 assistito/annuo, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, a partire dal 01/01/2011 per:

- potenziare le relazioni professionali tra i medici che operano nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- sviluppare la medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
- migliorare la presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e aderire ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) *condivisi in seno al CPR*
- garantire il collegamento con il sistema informatico regionale dotando il proprio ambulatorio degli idonei ed efficaci strumenti informatici.

Per l'anno 2010 ai sensi dell'art. 6 dell'accordo del 8 luglio 2010 al medico di assistenza primaria è riconosciuta la quota di €. 0,73 assistito annuo con decorrenza dal 1/1/2010.

Ai medici di continuità assistenziale e della medicina dei servizi è riconosciuta la quota capitaria di € 0,26/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, a partire dal 01/01/2011 per:

- potenziare le relazioni professionali tra i medici che operano nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- sviluppare la medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
- migliorare la presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e aderire ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) *condivisi in seno al CPR*

Per l'anno 2010 ai sensi dell'art. 6 dell'accordo del 8 luglio 2010 al medico di continuità assistenziale e della medicina dei servizi è riconosciuta la quota di €. 0,23 assistito annuo con decorrenza dal 1/1/2010.

Ai medici della emergenza territoriale è riconosciuta la quota capitaria di € 0,26/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, a partire dal 01/01/2011 per:

- la partecipazione ai percorsi di assistenza interdisciplinare integrata; *integrati nel CPR*

Per l'anno 2010 ai sensi dell'art. 6 dell'accordo del 8 luglio 2010 al medico della emergenza territoriale è riconosciuta la quota di €. 0,23 assistito annuo con decorrenza dal 1/1/2010.