

# LE COOPERATIVE TRA MEDICI E OPERATORI SANITARI IL CONTESTO NORMATIVO



# LE COOPERATIVE TRA MEDICI E OPERATORI SANITARI IL CONTESTO NORMATIVO

**Progetto cofinanziato da**

Venezi@ Opportunità

Azienda Speciale della Camera di Commercio di Venezia

Via Banchina Molini, 8 - 30175 Marghera Venezia

**Curatore**

Dott. Loris Cervato (Legacoop Veneto - Responsabile Settore Sociale)

Il 5° capitolo è stato svolto in collaborazione con la dott.ssa Maria Tadiello (Legacoop Veneto, Uff. Legislativo) e il dott. Gianfranco Piseri (Segretario Nazionale Sanicoop)

**Con la collaborazione di**

Isfid Prisma, soc. coop

Via Ulloa, 5 - 30175 Marghera Venezia

**Editore**

GenesiDesign.com

**Grafica**

Maurizio Ercole

**Illustrazione di copertina**

Anatolii Babii

Prima edizione novembre 2014

ISBN 978-88-9604-96-31

# Indice

p.

## 5 **INTRODUZIONE**

### 6 **CAPITOLO PRIMO LA NORMATIVA NAZIONALE**

6 Legge n. 421/1992 “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, ...”

9 Decreto Legislativo n. 502/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, ...”

46 Conferenza permanente Stato Regioni del 2004 “Accordo su indirizzi per le Regioni per progetti su cure primarie...”

51 Legge n. 296/2006 “Finanziaria 2007”

51 Decreto Ministeriale 10 luglio 2007 “Sperimentazione del modello assistenziale case della salute”

54 Comitato di settore Regioni - Sanità “Atto di indirizzo per la medicina convenzionata”

58 Conferenza permanente Stato Regioni, 2014, “Intesa su Patto per la Salute 2014 - 2016”.

### 61 **CAPITOLO SECONDO L'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE**

#### 70 **CAPITOLO TERZO LA NORMATIVA FISCALE**

70 Legge n. 244/2007 “Finanziaria 2008”

70 Agenzia delle Entrate - Circolare n. 5/E del 2011 “Regime di esenzione per le prestazioni di servizi rese da consorzi o società consortili ai propri consorziati o soci - Ulteriori chiarimenti.”

73 Risoluzione n. 30/E del 2012, “Applicabilità dell'esenzione Iva alle società cooperative costituite fra soggetti esercenti l'attività sanitaria

#### 77 **CAPITOLO QUARTO LA NORMATIVA REGIONALE**

77 DGR n. 4395/2005, “Accordo regionale in attuazione dell'ACN del 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

87 DGR n. 2686/2006, “Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali: definizione patti aziendali e attivazione UTAP”

89 DGR n. 1575/2009, “Attuazione modello regionale di riferimento per le cure primarie”

98 DGR n. 3578/2009, “Attuazione modello regionale di riferimento per le cure primarie. Appropriatelyzza”

105 Legge regionale n. 11/2010 “Finanziaria 2010. Art. 52 - Attivazione di case della salute e utap”

106 DGR n. 1417/2010, “Progetto cure primarie”

109 DGR n. 41/2011, “Attuazione degli AACNN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi”

117 DGR n. 1666/2011, “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo operative”

130 DGR n. 1510/2012, “Medicina generale. Modelli organizzativi”

135 Legge Regionale n. 23/2012, “Piano socio-sanitario regionale 2012 - 2016”

147 DGR n. 953/2013 “Progetto assistenza primaria - Verbale d'intesa tra la regione e le ooss della medicina convenzionata

#### 151 **CAPITOLO QUINTO LA COSTITUZIONE DI UNA COOPERATIVA DI MEDICI E OPERATORI SANITARI**

151 Il capitale sociale

152 Lo scambio mutualistico per i soci della cooperativa

153 L'atto pubblico di costituzione

153 La nomina del Consiglio di Amministrazione e del Presidente

154 Come funziona la cooperativa

# INTRODUZIONE

Il presente lavoro, svolto in collaborazione con Venezia Opportunità, l'Azienda Speciale della Camera di Commercio di Venezia, costituisce la raccolta delle norme nazionali, regionali e degli Accordi Collettivi dei Medici di Medicina Generale, in relazione al tema delle cooperative tra medici e operatori sanitari.

Legacoop Veneto ha inteso promuovere questo volume per raccogliere il quadro della normativa su un tema che suscita grande attenzione, non solo agli addetti ai lavori, ma anche ai diversi soggetti che direttamente o meno hanno abitualmente interessi o attività che si intrecciano o si incontrano con la sanità e i vari modelli organizzativi. Infatti la necessità, oggi fortemente attuale, di riorganizzare la sanità italiana in maniera più efficiente e meno costosa, costringe tutti gli attori, pubblici e privati, a ripensare le forme organizzative che nelle varie realtà regionali hanno avuto diverse esperienze applicative.

Una di queste esperienze, che in alcune regioni si sta sempre più affermando, è la costituzione di cooperative tra medici e operatori sanitari.

La cooperazione può essere un valido strumento se utilizzata in una prospettiva che ha l'obiettivo di organizzare la sanità avendo come base di partenza alcuni principi inderogabili ed irreversibili: il territorio, ovvero la qualificazione delle risorse presenti nelle realtà locali (Distretti, UTAP, forme associative, Case della Salute), l'integrazione socio-sanitaria, la deospedalizzazione, per snellire le lunghe liste d'attesa e, non ultimo, un approccio umanizzato al paziente.

L'iniziativa di Legacoop Veneto ha pertanto l'obiettivo di fornire un quadro normativo aggiornato sul tema delle cure primarie nella sanità, dove operano medici di medicina generale e operatori sanitari, e di avviare una riflessione con gli attori istituzionali e le rappresentanze delle categorie sulle prospettive offerte dalla cooperazione.

Il presente volume è costituito da cinque capitoli: il primo illustra la normativa nazionale più significativa e utile a contestualizzare il tema della sanità e delle cure primarie, il secondo espone l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale, il terzo riporta la disciplina fiscale di favore oggi vigente, il quarto è relativo alla normativa regionale che si è succeduta negli ultimi nove anni, e il quinto, dove vengono descritte le informazioni più salienti per la costituzione della cooperativa.

# CAPITOLO PRIMO

## La Normativa Nazionale

### Legge 23 ottobre 1992, n. 421

Con la Legge n. 421 del 1992 il Parlamento delega il Governo a definire con propri provvedimenti legislativi una politica di razionalizzazione e di revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale. Il provvedimento di legge delega, composto nel suo corpus di quattro articoli, introduce elementi molto innovativi e di particolare rilevanza in particolare nella materia della sanità.

Infatti l'articolo 1 della Legge n. 421 del 1992 conferisce la delega al Governo ad emanare uno o più decreti legislativi al fine di utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, di perseguire la migliore efficienza del medesimo Servizio a garanzia del cittadino, di distribuire equamente la spesa sanitaria contenendone i costi.

Tali obiettivi di razionalizzazione della spesa sanitaria, di una migliore efficienza del Servizio sanitario nazionale e di una equa distribuzione delle risorse devono essere perseguiti assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio, naturalmente nei limiti previsti dalla normativa vigente.

6

Il Governo pertanto con la Legge n. 421 del 1992 è delegato ad emanare uno o più decreti legislativi osservando ventuno principi e criteri direttivi che dovranno essere rispettati in fase di esercizio della delega.

Il primo di questi principi e criteri direttivi prevede che il Governo è delegato a riordinare la disciplina dei ticket e dei prelievi contributivi, previsti dall'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986 n. 41, che disciplina la quota di contributo per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale per i lavoratori dipendenti di tutti i settori, pubblici e privati.

Il secondo dei criteri direttivi è teso a rafforzare le misure contro le evasioni e le elusioni contributive e contro i comportamenti abusivi nella utilizzazione dei servizi.

Il terzo criterio direttivo delega il Governo a completare il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, prevedendo l'attribuzione alle Regioni e alle Province autonome della competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria; allo Stato vengono riservate nelle medesima materia, la programmazione sanitaria nazionale e la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento.

È interessante notare come in questo terzo punto della delega si introduca il tema delle misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale.

Il quarto criterio direttivo conferisce delega al Governo nella definizione di principi organizzativi delle unità sanitarie locali come aziende infraregionali con personalità giuridica, composte di propri organi di gestione, tra cui un direttore generale coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario, e da un collegio dei revisori.

Al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci sono attribuiti la definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, l'esame del bilancio di previsione e del conto consuntivo con la remissione alla Regione delle relative osservazioni, le verifiche generali sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni.

Il quinto criterio direttivo stabilisce che la delega attribuita al Governo dovrà intervenire anche nella riduzione del numero delle unità sanitarie locali, attraverso un aumento della loro estensione territoriale.

Il sesto criterio direttivo conferisce al Governo la delega di definire i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al direttore generale.

Il settimo criterio direttivo attribuisce una delega molto importante al Governo, che si trova impegnato a definire i principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria che devono essere uniformi e obbligatori.

I livelli di assistenza sanitaria sono espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni e individuate con le opportune indicazioni all'interno di una soglia minima di riferimento che deve essere garantita a tutti i cittadini.

Inoltre il Governo viene delegato a stabilire con proprio decreto il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle Regioni e alle Province autonome per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'ottavo criterio direttivo delega il Governo ad emanare norme per riformare il Ministero della Sanità cui rimangono funzioni di indirizzo e coordinamento, nonché tutte le funzioni attribuite dalle leggi dello Stato per la sanità pubblica.

Tali norme vengono elaborate per rendere piene ed effettive le funzioni che vengono trasferite alle Regioni e alle Province autonome.

Il nono criterio direttivo stabilisce una serie di deleghe che toccano il rapporto con le Regioni e le Province autonome.

Infatti la norma prevede l'attribuzione alle regioni e alle province autonome dei contributi per le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente e la contestuale riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

Inoltre il Parlamento chiede al Governo nel medesimo criterio direttivo di elaborare un decreto che fissi la possibilità di imputare alle regioni e alle province autonome gli effetti finanziari per gli eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, per le dotazioni di presidi e di posti letto eccedenti gli standard previsti e per gli eventuali disavanzi di gestione da ripianare con totale esonero finanziario dello Stato.

Infatti la legge continua conferendo la possibilità alle Regioni e alle Province autonome di poter far fronte agli effetti finanziari causati da eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, con il proprio bilancio.

Infine nel medesimo criterio direttivo la delega parlamentare stabilisce la possibilità di determinare le modalità ed i termini per la riscossione dei prelievi contributivi.

Il decimo criterio direttivo stabilito nella legge delega riguarda il rapporto con il sistema sanitario privato.

Infatti in base ad esso viene delegato il Governo ad introdurre norme volte alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni da svolgersi nell'arco

di un triennio.

Tale processo di revisione viene attuato sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni da soggetti singoli o consortili.

Sulla base di principi di qualità ed economicità, il superamento del regime di convenzioni con il privato deve consentire forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta.

L'undicesimo principio stabilisce che con apposito decreto interministeriale da emanarsi d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, vengano individuate quote di risorse disponibili per le forme di assistenza differenziata, introdotte dal decimo criterio direttivo.

Il successivo criterio direttivo è relativo agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, che devono essere individuati come centri di riferimento.

Il tredicesimo criterio conferisce una delega al Governo a prevedere nuove modalità di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università.

Il quattordicesimo criterio delega il Governo a disciplinare il trasferimento alle aziende infraregionali e agli ospedali dotati di personalità giuridica e di autonomia organizzativa del patrimonio mobiliare e immobiliare già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici.

Il quindicesimo punto prevede che venga disciplinato il rapporto di lavoro del personale dipendente in base ai criteri previsti nelle disposizioni del secondo criterio direttivo.

8

Il successivo punto attribuisce una delega al Governo volta a definire i principi per garantire i diritti dei cittadini nei confronti del servizio sanitario anche attraverso gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, favorendo la loro presenza e la relativa attività all'interno delle strutture e prevedendo modalità di partecipazione e di verifica nella programmazione dell'assistenza sanitaria e nella organizzazione dei servizi.

Il diciassettesimo punto stabilisce che il Governo con apposito decreto definisce i principi e i criteri per la riorganizzazione, da parte delle regioni e delle province autonome, su base dipartimentale, dei presidi multizonali di prevenzione.

Il diciottesimo criterio direttivo delega il Governo a destinare una quota del Fondo sanitario nazionale ad attività di ricerca biomedica.

Il criterio successivo conferisce una delega al Governo di prevedere che nel caso di inadempienza da parte delle regioni e delle province autonome degli adempimenti previsti dal decreto legislativo, il Consiglio dei Ministri dispone il conferimento degli atti relativi in sostituzione delle amministrazioni competenti.

Tale norma è prevista allo scopo di garantire la puntuale attuazione delle misure attribuite alla competenza delle Regioni e Province autonome.

Il ventesimo criterio direttivo conferisce al Governo la delega a prevedere l'adozione, da parte delle Regioni e delle Province autonome, del sistema di lettura ottica delle prescrizioni mediche.



## DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502

Il Governo, a seguito della delega ricevuta con la Legge 23 ottobre n. 421, ha elaborato un proprio provvedimento sotto forma di decreto legislativo, emanato il 30 dicembre 1992 con numero 502.

Tale decreto è stato rubricato come **“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”**.

Il provvedimento legislativo è composto da 20 articoli e suddiviso in 6 titoli.

Il primo titolo disciplina l’ordinamento, il secondo le prestazioni, il terzo il finanziamento, il quarto la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, il quinto il personale e il sesto le norme finali e transitorie.

Il primo articolo, rubricato “Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza”, è stato oggetto di varie modifiche, in particolare dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dal Decreto legislativo 19 giugno 1991, n. 229, dal Decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 e dal Decreto legge 25 giugno 2008, n. 112.

Esso recita nel modo seguente:

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell’ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse.
3. L’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.
4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di auto coordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituisco-

no attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n.13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000: a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) l'assistenza distrettuale; c) l'assistenza ospedaliera.
7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:
  - a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
  - b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
  - c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.
8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.
9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.
10. Il Piano sanitario nazionale indica:
  - a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle

- diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.
11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281.
12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:
- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.
13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture

private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.
15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.
16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.
17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.
18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f) g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.

Il secondo articolo del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Competenze regionali", è stato modificato ed integrato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, e dal Decreto legislativo 28 luglio n. 254.

Esso recita nel modo seguente:

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.
2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organiz-

zazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-quater. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-quater, ove costituito.

2-sexies. La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre

1996, n.662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-bis, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

14

2-septies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18.

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-bis e 2-quinquies, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Il terzo articolo del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Organizzazione delle unità sanitarie locali", è stato modificato dal Decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, dal Decreto legislativo 19 giugno n. 229, dal Decreto legge 27 agosto 1994 n. 512, convertito senza modificazioni dalla Legge 17 ottobre 1994 n. 590, dal Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39.

L'articolo 3 recita nel modo seguente:

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assi-

- stenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.
- 1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.
- 1-ter. Comma abrogato dal D. LGS. 12 aprile 2006, n. 163.
- 1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.
- 1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.
2. Comma abrogato dal D.LGS. 19 giugno 1999, n. 229.
3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.
4. Comma abrogato dal D.LGS. 19 giugno 1999, n. 229.
5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:
- a) - f) Lettere abrogate dal D.LGS. 19 giugno 1999, N. 229;
- g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.
6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende

unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

7. Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale.
8. Comma abrogato dal D.LGS. 19 giugno 1999, n. 229.
9. Comma abrogato dal D.LGS. 8 aprile 2013, n. 39.
10. Comma soppresso dal D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito senza modificazioni dalla L. 17 ottobre 1994, n. 590.
11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:
  - a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
  - b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
  - c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'artico-



lo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.
13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.
14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.

L'articolo 3 - bis del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario", è stato modificato e integrato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254, dalla Legge 1 febbraio 2006 n. 43, dal Decreto legge 18 maggio 2006 n. 181 convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2006 n. 233, dal Decreto legge 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189.

Esso recita nel modo seguente:

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.
2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.
3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie.
4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.
6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.
7. Quando ricorrono gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.
8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale

per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione puo' stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.
10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.
11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico del l'interessato.
12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria ed alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n.181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico del l'interessato.
13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.
14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, e, successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.
15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

L'articolo 3 - ter del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Collegio sindacale", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. Il collegio sindacale:
  - a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
  - b) vigila sull'osservanza della legge;
  - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle

risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.
3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.
4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

L'articolo 3 - quater del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Distretto", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
  - a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;

- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
  - c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

L'articolo 3 - quinquies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Funzioni e risorse del distretto", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:
  - a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
  - b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
  - c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.
2. Il distretto garantisce:
  - a) assistenza specialistica ambulatoriale;
  - b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
  - c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
  - d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
  - e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
  - f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.
3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

L'articolo 3 - sexies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Direttore di distretto", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.
2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.
3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.
4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3quater, comma 3, e 3-quinquies, comma 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

L'articolo 3 septies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Integrazione sociosanitaria", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno, n. 229.

Esso recita nel seguente modo:

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
  - a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
  - b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.
6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.
7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.
8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Ai fini del presente lavoro non vengo riportati gli articoli 3 - octies, rubricato "Area delle professioni sociosanitarie", l'articolo 4, con oggetto "Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri", l'articolo 5, recante "Patrimonio e contabilità", l'articolo 5 bis, rubricato "Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico", l'articolo 6, avente ad oggetto "Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università", l'articolo 6 - bis recante "Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale", l'articolo 6 - ter rubricato "Fabbisogno di personale sanitario", l'articolo 7 con oggetto "Dipartimento di prevenzione", l'articolo 7 - ter recante "Funzioni del dipartimento di prevenzione", l'articolo 7 - quater, rubricato "Organizzazione del dipartimento di prevenzione", l'articolo 7 - quinquies, avente ad oggetto "Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente", l'articolo 7 - sexies, recante "Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità", l'articolo 7 - septies "Funzioni di profilassi internazionale", l'articolo - octies "Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro".

Il titolo secondo del Decreto legislativo n. 502 del 1992 disciplina l'istituto delle prestazioni.

In particolare, l'articolo 8, rubricato "Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali", è stato modificato ed integrato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, dalla Legge 23 dicembre 1994 n. 724, dalla Legge 28 dicembre



1995 n. 549, dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legislativo 7 giugno 2000 n. 168, dal Decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254, dal Decreto legislativo 3 ottobre 2009 n. 153, dal Decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189.

È un articolo molto importante, che prevede alcune novità proprio in tema di aggregazioni di medici, anche in forma cooperativa.

Esso recita nel seguente modo:

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

Oa) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricasazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme orga-

nizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali; b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) - f) Lettere abrogate dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012 n. 189;

f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medici-

na generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse;

i) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione.

m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia

medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n.502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:
  - a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche è subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;
  - b) per la dispensazione dei prodotti di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

b-bis) provvedere a disciplinare:

- 1) la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. L'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuità tra più sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia più vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, per i pazienti residenti o domiciliati nella relativa sede, l'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio può prevedere:
  - 1.1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;
  - 1.2) la preparazione, nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;
  - 1.3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;
  - 1.4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui al numero 4) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- 2) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio; a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;
- 3) la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

- 4) la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalità di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello; la partecipazione alle campagne di prevenzione può prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;
  - 5) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;
  - 6) le modalità con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; le modalità per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;
  - 7) i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui alla presente lettera;
  - 8) la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui alla presente lettera;
- c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b).
- c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il

medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; c-ter) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis); gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della

disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.
4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:
  - a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;
  - b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);
  - c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
  - d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
  - e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
  - f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
  - g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
  - h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.
5. - 7. Commi abrogati dal D.LGS. 19 giugno 1999 n. 229.
8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della



Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n.449.

- 8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.
9. Comma abrogato dal D.LGS. 19 giugno 1999, n. 229.

L'articolo 8 - bis del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali", è stato introdotto dal Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.
3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

L'articolo 8 - ter del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e dal Decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254.

Esso recita così:

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:
  - a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
  - b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
  - c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.
2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.
3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n.398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.
4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche

e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano:
  - a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
  - b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

L'articolo 8 - quater del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Accreditamento istituzionale", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254 e dal Decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto n. 133.

Esso recita nel modo seguente:

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.
2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8quinquies.
3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i

servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

- a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;
  - b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;
  - c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.
4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:
- a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;
  - b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;
  - c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;
  - d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;
  - e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;
  - f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
  - g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;
  - h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

- i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;
- l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli, obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;
- m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;
- o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;
- p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;
- q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.
5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.
  6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.
  7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.
  8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale.

In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n.448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

L'articolo 8 - quinquies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Accordi contrattuali", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254, dal Decreto legge 31 dicembre 2007 n. 248 convertito con modificazioni dalla Legge 28 febbraio 2008 n. 31, dal Decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008 n. 133, dal Decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66.

Esso recita nel modo seguente:

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:
  - a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
  - b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
  - c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
  - d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.
2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:
  - a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
  - b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies.

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato.

2-bis. Comma abrogato dal D.LGS. 15 marzo 2010, n. 66.

2-ter. Comma abrogato dal D.LGS. 15 marzo 2010, N. 66.

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis.

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.

L'articolo 8 - sexies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, recante "Remunerazione", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229,

dal Decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008 n. 133, dal Decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135.

Esso recita così:

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.
- 1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.
2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:
  - a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
  - b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
  - c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
  - d) programmi di assistenza a malattie rare;
  - e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
  - f) programmi sperimentali di assistenza;
  - g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.
3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.
4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le



attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994.
6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.
7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.
8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle

strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'articolo 8 septies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Prestazioni erogate in forma indiretta", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legislativo 28 luglio 2000 n. 254, dalla Legge 23 dicembre 2000 n. 388.

Esso recita nel modo seguente:

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-sexies. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.

L'articolo 8 - octies del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Controlli", ai fini del presente lavoro non è rilevante e pertanto non viene riportato.

L'articolo 9 del Decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale", è stato modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, e dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229.

Esso recita nel modo seguente:

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.
2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.
3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:
  - a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
  - b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
  - c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
  - d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 16, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
  - e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
  - f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di se-

- lezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.
4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:
    - a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
    - b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n.662;
    - c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.
  5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:
    - a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorchè erogate da strutture non accreditate;
    - b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
    - c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.
  6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.
  7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.
  8. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:
    - a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
    - b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
    - c) le forme e le modalità di contribuzione;

- d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
  - e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
  - f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.
9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.
10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n.133.

L'articolo 9 - bis del Decreto legislativo n. 502 del 1992, avente per oggetto "Sperimentazioni gestionali", è stato introdotto e modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, dal Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, dal Decreto legge 18 settembre 2001 n. 347 convertito con modificazioni dalla Legge 16 novembre 2001 n. 405.

Esso recita nel modo seguente:

- 44
1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.
  2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:
    - a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;
    - b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;
    - c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
    - d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
    - e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo

cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;

f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti' conseguenti.
4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Il titolo secondo si chiude con l'articolo 10, che porta ad oggetto "Controllo di qualità", che non essendo rilevante ai fini del presente lavoro, non viene qui riportato.

Il titolo terzo del Decreto legislativo n. 502 del 1992, che disciplina il finanziamento, è composto dagli articoli 11 "Versamento contributi assistenziali", 12 "Fondo sanitario nazionale", 12 - bis "Ricerca sanitaria", 13 "Autofinanziamento regionale", che non vengono riportati nel presente lavoro poiché irrilevanti ai fini di questa raccolta normativa.

Il titolo quarto del Decreto legislativo n. 502 del 1992, che disciplina la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, è composto dall'articolo 14 (Diritti dei cittadini), che non viene riportato nel presente lavoro poiché irrilevante ai fini di questa raccolta normativa.

Il titolo quinto del Decreto legislativo n. 502 del 1992, che regola la parte relativa al personale, è composto dagli articoli 15 (Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie), 15 - bis (Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura), 15 - ter (Incarichi di direzione professionale di direzione di struttura), 15 - quater (Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario), 15 - quinquies (Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari), 15 - sexies (Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero - professionale extramuraria), 15 - septies (Contratti a tempo determinato), 15 - octies (Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati), 15 - nonies (Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali), 15 - decies (Obbligo di appropriatezza), 15 - undecies (Applicabilità al personale di altri enti), 15 - duodecies (Strutture per l'attività liberoprofessionale), 15 - terdecies (Denominazioni), 15 - quattordicies (Osservatorio per l'attività libero - professionale), 16 (Formazione), 16 - bis (Formazione continua), 16 - ter (Commissione nazionale per la formazione continua), 16 - quater (Incentivazione della formazione continua),

16 - quinquies (Formazione manageriale), 16 - sexies (Strutture del servizio sanitario nazionale per la formazione), 17 (Collegio di direzione), 17 - bis (Dipartimenti), 18 (Norme finali e transitorie), 19 (Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).

I suddetti articoli non sono riportati nel presente lavoro perché irrilevanti ai fini di questa raccolta normativa.

## CONFERENZA PERMANENTE STATO REGIONI

*Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni nell'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell'articolo 1 comma 34 bis della legge 662/96, nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'accordo Stato Regioni del 24 luglio 2003, ai fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo comma 34 della 662/96.*

Nell'odierna seduta del 29 luglio 2004:

PREMESSO CHE:

(omissis)

- Con l'accordo sancito da questa Conferenza il 24 luglio 2003 in attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, sono state individuate le seguenti cinque linee prioritarie di attività e che, con lo stesso accordo, si è convenuto che costituissero gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, da individuarsi ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 662/96:
  - 1) Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza;
  - 2) Cure primarie;
  - 3) Rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
  - 4) Centri di eccellenza;
  - 5) Comunicazione istituzionale;

(omissis)

Sancisce tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati:

Premesso che:

(omissis)

- Che pertanto ha affermato che la gestione dei Servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato;

(omissis)

Tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano si conviene sui seguenti indirizzi progettuali per l'anno 2004:

(omissis)

## Priorità 2 - Cure primarie

Il sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa, che scaturisce da una parte dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del sistema sanitario, e dall'altra dalla nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema. Si rende necessaria una integrazione tra professionisti impegnati nella primary care che serva soprattutto a garantire ai cittadini servizi più efficienti, in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, di realizzare una unitarietà di approccio ai loro bisogni, che produca in definitiva una maggiore qualità del servizio sanitario nazionale e di quelli regionali.

L'accordo del 24 luglio, proprio per quanto riguarda le Cure Primarie, evidenzia la necessità di una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio che deve caratterizzarsi come soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. L'assistenza territoriale deve così prevedere un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali, anche attraverso forme evolutive delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo prefigurate dagli accordi nazionali, costituite da medici di medicina generale, pediatri libera scelta, specialisti territoriali che, in accordo con i relativi distretti socio sanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità.

Nell'anno 2003 le Regioni hanno espresso, nella maggior parte dei casi, un approccio di tipo generale al tema delle cure primarie e della loro integrazione.

Al fine di avviare il processo di costituzione delle nuove modalità di aggregazione dei medici di cure primarie, per l'anno 2004 il 25% delle risorse destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, sono riservate alle Regioni per la priorità n.2.

(omissis)

Le Regioni che non hanno avviato modelli autonomi, potranno utilizzare, per svi-

luppare il proprio progetto di costituzione di presidi integrati per le cure primarie lo schema di cui all'allegato 2.  
(omissis)

## Allegato 2

*Schema di riferimento per la costituzione di unità territoriali di assistenza primaria/UTAP.*

### Definizione

Le UTAP sono presidi integrati per le cure primarie che prevedono l'associazione di più medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione. Il processo di integrazione dei diversi attori coinvolti può avere carattere di gradualità, da modelli caratterizzati dalla collaborazione ed integrazione professionale di Medici di Famiglia, medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Base, a modelli con partecipazione aggiuntiva rispetto a quella di base, di specialisti di varie specialità di base, di medici della dirigenza medica territoriale e di personale dell'assistenza sanitaria infermieristica, fino a modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria.

### Obiettivi

- Garantire la continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- Realizzare un processo organizzativo che garantisce una efficace continuità assistenziale, la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali;
- Contribuire a realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio propedeutico ad una redistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché dei principi etici, avendo come obiettivo il benessere del cittadino;
- Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto;
- Prevedere a livello distrettuale un'organizzazione che consenta l'attivazione e la gestione di una valutazione multidisciplinare, con la partecipazione del medico di base, dei pazienti affetti da particolari patologie, e la successiva realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati ed integrati;
- Garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali,



realizzato con il supporto del medico di base, che rappresentano il primo dei poli della rete integrata di assistenza socio sanitaria;

- Realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini dei servizi e delle attività territoriali prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali;
- Utilizzare gli strumenti della telemedicina nelle località disagiate e nelle isole minori per la gestione del paziente;
- Nelle aree metropolitane, dotarsi di supporti tecnologici ed informativi atti a collegare tra loro i professionisti dell'UTAP, a consentire la condivisione delle informazioni, ad integrare i medici con il territorio, con l'ospedale e con gli attori del sociale;
- Rapportarsi con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- Diventare il punto di riferimento dell'assistenza territoriale. Intercettare la domanda. Soddisfarla per quanto è possibile, governarne successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

## Aspetti generali

La popolazione servita costituisce l'elemento di riferimento per la costituzione delle UTAP.

Vanno considerate in modo diverso il numero di assistiti in presenza di zone ad alta o bassa densità di popolazione.

Le UTAP possono essere indicativamente da 4 a 6 ogni 100.000 abitanti. Ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di MMG (ad esempio dal 6 a 8), la figura del PLS, un numero di specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di MCA idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste. La sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei MMG, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di pronto soccorso e base e medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista.

## Disponibilità e funzione dei medici

- Le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. In tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell'utente, e dovranno essere definiti funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- L'insieme dei medici che operano nelle UTAP individuano un referente;
- I medici UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni ter-

- ritorio;
- Il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi UTAP;
- L'UTAP promuove e gestisce in concreto in rapporto alle esigenze con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare;
- L'UTAP orienta l'attività di assistenza primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni.

## Attrezzature

Le attrezzature comprendono mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento per consentire:

- La messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
- Collegamento al CUP ove presente;
- Possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- Possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante.

Inoltre dovranno essere presenti le attrezzature necessarie per lo svolgimento delle eventuali attività, per esempio, di esecuzione di esami laboratoristici di routine, di elettrocardiografia, di ecografia, ove previste e per lo svolgimento del pronto soccorso di base.

Per prestazioni di maggiore complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri.

## Rapporti con gli altri poli della rete integrata

L'UTAP è la struttura primaria nel territorio che intercetta il fabbisogno, lo soddisfa per quanto è possibile e governa i successivi percorsi sociali e sanitari.

L'UTAP dialoga con il distretto sanitario di riferimento, con l'ospedale, con gli altri poli della rete integrata, con il responsabile del territorio nella direzione dell'Azienda sanitaria.

## Il ruolo degli specialisti

Un meccanismo facilitato di accesso alle prestazioni specialistiche, rappresenterebbe un notevole interesse da parte dei medici e dei cittadini alla realizzazione dell'UTAP. Il numero e la quantità di attività nelle UTAP è strettamente legata al fabbisogno dei rispettivi territori (liste di attesa) e alle risorse potenziali presenti nelle UTAP. È inoltre ipotizzabile in regione delle singole realtà organizzare l'attività specialistica

nelle diverse UTAP per specifiche specialità con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

Gli interventi specialistici potranno essere garantiti, in presenza di protocolli di valutazione di appropriatezza delle richieste, anche attraverso un sistema di canali dedicati che semplifichino gli accessi e le attese. L'erogazione delle prestazioni potrebbe avvenire nello studio dell'equipe (modelli strutturali) o nello studio dello specialista (modello funzionale). Il modello strutturale offre la possibilità di creare modelli di fiducia tra cittadini e medico specialista.

## LEGGE 27 dicembre 2006, n. 296

*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).*

(omissis)

806. L'importo annuale del Fondo di cui al comma 805 è stabilito in 65,5 milioni di euro, di cui 5 milioni per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e 60,5 milioni da assegnare alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'integrazione ed il cofinanziamento dei progetti regionali in materia di:

- a) sperimentazione del modello assistenziale case della salute, per 10 milioni di euro;
- b) iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, per 10 milioni di euro;
- c) malattie rare, per 30 milioni di euro;
- d) implementazione della rete delle unità spinali unipolari, per 10,5 milioni di euro.

51

## Decreto Ministeriale 10 luglio 2007

Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano

IL MINISTRO DELLA SALUTE Decreta:

1. L'accesso al fondo di cofinanziamento per l'anno 2007 dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 805 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è consentito alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano che presentino, con riferimento alle materie di cui all'art. 1, comma 806 della legge n. 296/2006 e nell'ambito dei progetti di cui all'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge n. 662/1996, progettualità specifiche coerenti con le linee indicate nell'allegato A che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. I progetti dovranno contenere tutti gli elementi atti a valutarne in via preventiva

l'efficacia, i costi, i tempi di realizzazione ed i risultati attesi. In via consuntiva dovranno essere resi noti i risultati effettivamente conseguiti e le motivazioni dei relativi scostamenti.

3. I progetti presentati saranno ammessi al finanziamento con decreto del Ministro della salute su proposta del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

## ALLEGATO A - PROGETTI ATTUATIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

*Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano (Legge n. 296/2006 - Art. 1, comma 806).*

### 1) Sperimentazione del modello assistenziale case della salute

La Casa della salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.

Le regioni dovranno presentare, nel periodo di riferimento, specifici progetti per l'avvio della sperimentazione nel rispetto delle seguenti linee guida:

1. All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET). Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare collocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti.
2. Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. All'interno della struttura devono essere attivate le principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio e di radiologia ed ecografia di base. Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.
3. Nella Casa della salute deve, inoltre, essere adeguatamente rappresentato il personale appartenente alle professioni sanitarie, con particolare riferimento a quello afferente alle aree della riabilitazione e della prevenzione. Il personale amministrativo dipendente dal distretto deve essere presente nella struttura per svolgere le funzioni di supporto per l'insieme delle attività tecnico-amministrative, ivi comprese quelle di segretariato che in essa si svolgono.
4. Presso la Casa della salute deve essere presente un servizio di ambulanze per il

pronto intervento sul territorio ( presenza del punto di soccorso mobile 118 dotato di medico a bordo presente 24 ore su 24 ) e per il trasporto infermi a meno che la regione non abbia diversamente organizzato il servizio.

5. Nella Casa della salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità).
6. Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale. Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.
7. In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.
8. Al fine di realizzare la reale integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, l'organizzazione e la gestione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una delle funzioni che deve trovare allocazione all'interno della casa della salute. L'ADI deve essere intesa come un servizio multiprofessionale in cui attraverso il lavoro in team dei diversi professionisti che operano all'interno della struttura si realizza l'ospedalizzazione a domicilio e l'umanizzazione delle cure. Attraverso l'ADI inoltre si realizza l'addestramento del paziente e della sua famiglia alla gestione delle patologie croniche e recidivanti (Family learning).
9. La Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito.
10. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

# COMITATO DI SETTORE REGIONI - SANITÀ

## Atto di indirizzo per la medicina convenzionata

12 febbraio 2014

### Premessa

L'approvazione del Decreto Balduzzi, oltre alla necessità di rivedere gran parte dell'impianto normativo degli ACN vigenti, ha aperto e stimolato tra le Regioni, anche in considerazione delle esperienze nazionali ed internazionali in atto, una profonda riflessione sulla necessità di rivedere e riorganizzare il modello assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale, nella parte che riguarda l'assistenza territoriale.

Le esperienze in atto e gli orientamenti internazionali, evidenziano infatti la necessità di lavorare in modalità multiprofessionale, con il ricorso a strutture territoriali di riferimento (Case della Salute, UCCP, etc.) per l'erogazione dell'assistenza primaria nel senso più ampio del termine, con percorsi di integrazione interdisciplinare e in raccordo con gli operatori del sociale, utilizzando anche strumenti evoluti di scambio informativo sia che tra i professionisti, le Aziende sanitarie e l'amministrazione regionale. La realizzazione delle reti informatiche/informative, dovrà essere funzionale alla facilità di accesso ai servizi da parte del cittadino. Tale sviluppo organizzativo dovrà comunque mantenere anche la capillarità tipica della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in particolare in quelle realtà territoriali che per caratteristiche oro-geografiche necessitano una particolare distribuzione dei servizi di base nell'interesse della popolazione di riferimento.

È quindi necessaria una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali ed integrate.

I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2011, in un modello organizzativo definito dalle Regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale.

Peraltro la situazione economica nazionale, internazionale e regionale impone al servizio sanitario nazionale una radicale revisione dell'intero modello assistenziale che deve far affidamento anche su un migliore utilizzo della medicina del territorio. Il successo della revisione della rete ospedaliera, così come imposto dalla *spending review*, non può infatti non dipendere anche dalla riorganizzazione e dal rafforzamento della medicina territoriale che dovrà anche dotarsi di strutture di degenza territoriale (ospedali di comunità) organizzati per bassa intensità assistenziale, a ge-

stione infermieristica.

Occorre inoltre riscrivere le convenzioni che mostrano carenze, obsolescenze e difficoltà interpretative spesso derivanti da una stratificazione di norme che si sono succedute nel tempo. Peraltro il rapporto di lavoro di tipo convenzionale non fa affidamento su alcuna normativa nazionale di riferimento, rendendone pertanto complessa l'interpretazione e l'applicazione. In particolare occorre riscrivere la norme che regolano la rappresentanza e l'attività sindacale.

L'art.1 della Legge 189/2012, accanto a nuove disposizioni per le Regioni, detta nuovi indirizzi per gli Accordi Collettivi Nazionali relativi all'area del personale convenzionato, innovando per molti aspetti il testo dell'art.8 del D.Lgs 502/92 e smi.

Inoltre la Legge, come previsto al comma 6, indica dei tempi e delle priorità nell'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, che deve avvenire con particolare riguardo ai principi di cui ai punti: b-bis) disciplina delle forme organizzative mono e multi professionali; b-ter) adozione di eventuali forme di finanziamento a budget delle forme organizzative multi professionali; b-quater) principali caratteristiche del coordinatore delle AFT e delle UCCP; b-quinquies) disciplina delle modalità con cui si dotano le forme organizzative (AFT e UCCP) dei fattori produttivi necessari; b-sexies) disciplina delle modalità attraverso cui le Aziende Sanitarie concordano i programmi di attività delle forme organizzative (AFT e UCCP) e definiscono i conseguenti livelli di spesa; h) disciplina dell'accesso al ruolo unico della medicina generale; h-bis e h-ter) disciplina dell'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale.

Si ritiene quindi opportuno procedere alla revisione complessiva degli ACN (medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale) allo scopo di:

- a) renderli strumento attivo di una radicale trasformazione dell'organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza primaria;
- b) conferire maggiore chiarezza e maggiore coerenza interna al testo degli stessi;
- c) introdurre le disposizioni del D.Lgs 150/2009 in quanto applicabili al settore del convenzionamento;
- d) snellire la struttura degli ACN cercando di orientarli maggiormente verso gli indirizzi e i principi generali, per lasciare più spazio ai livelli decentrati di contrattazione nel rispetto dell'autonomia e delle competenze regionali conferite dal titolo V della Costituzione.

## Indirizzi per i nuovi ACN

Il processo di revisione e aggiornamento degli ACN vigenti deve avvenire senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

In sintesi, si tratta da un lato, di rivedere e completare le norme vigenti relative alle AFT e alle UCCP, per renderle più rispettose del nuovo testo dell'art. 8, comma 1 del D.Lgs 502/92; dall'altro di introdurre e disciplinare nell'ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale. Inoltre, i nuovi ACN devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, così come previsto dal punto m-ter del comma 2, art.1 della legge in questione.

Tale processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti che dovrà riguardare anche altri aspetti rispetto a quelli citati, quali ad esempio: rappresentatività e diritti sindacali, modalità di compenso dei professionisti convenzionati, integrazione professionalità per l'assistenza nelle carceri, deve avvenire per tutti i livelli negoziali, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del D.Lgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e successivamente a quelli regionali, di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l'attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenta il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità.

Per facilitare il processo di integrazione tra i professionisti convenzionati, in particolare tra i medici di medicina generale, è previsto che si istituisca il ruolo unico della medicina generale, vale a dire uniformi requisiti e modalità di accesso alle funzioni oggi ricomprese in questo settore di attività in particolare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale. Tale processo tuttavia deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. Legge 189/2012). Tenuto conto dell'obbligatorietà dell'adesione alle forme associative definite dalle regioni (AFT E UCCP) - a cui è affidato costituzionalmente il compito della definizione dell'assetto organizzativo dei servizi - e alla rete informatica e informativa, quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:

- Le Regioni, entro sei mesi dalla sottoscrizione dell'ACN, provvedono a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle proprie specificità;
- In invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati, va previsto il riutilizzo delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale o altro) allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e UCCP, secondo modalità definite dalle Regioni.
- Prevedere che nell'ambito della revisione del trattamento economico dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, la quota per assistito resti definita nell'ambito dell'ACN, la parte restante (quota variabile e quota per servizi) andrà regolamentata all'interno dei nuovi Accordi Regionali, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN.
- Definire le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali), nonché



i compiti e i criteri di selezione del referente o coordinatore delle AFT e delle UCCP, lasciando poi alla programmazione regionale i criteri specifici da definire in relazione alle modalità organizzative di ogni singola regione;

- Individuare condizioni generali, requisiti di massima, tempi e modalità con cui le Regioni, sulla base delle rispettive specificità ed in coerenza con la programmazione regionale, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle AFT e delle UCCP sulla base di accordi regionali che non devono comportare a qualsiasi titolo oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Tra le condizioni va inserita la necessità di supportare attraverso la disponibilità dei fattori produttivi solo l'attività istituzionale svolta dal medico e non anche quella libero-professionale. Gli accordi regionali dovranno individuare strumenti e procedure finalizzati al rispetto di tale principio;
- Definire le linee di indirizzo per le modalità e le caratteristiche della divisione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP, anche in relazione all'istituzione del ruolo unico, capace di garantire in raccordo con gli altri servizi della rete assistenziale, una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni la settimana a livello distrettuale. L'istituzione del ruolo unico dovrà anche facilitare la possibilità di una riorganizzazione degli orari di attività della medicina generale, per un'effettiva continuità assistenziale, sulla base della programmazione regionale che preveda la definizione del raccordo funzionale con le centrali operative del 118. Tra le modalità va incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere e/o la realizzazione di strutture territoriali e/o organizzative interdisciplinari di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, coerenti con la programmazione regionale;
- Prevedere i criteri e i principi attraverso cui le aziende sanitarie locali individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT e delle UCCP e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati anche avvalendosi delle forme di finanziamento a budget che le stesse aziende sanitarie possono adottare nei confronti delle UCCP;
- Prevedere criteri e principi per la definizione di standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- Istituire il ruolo unico della medicina generale e prevederne l'accesso a mezzo di una graduatoria unica per titoli annualmente stilata a livello regionale, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali. Vista la complessità dell'istituto, l'ACN dovrà prevedere le modalità di applicazione della norma a partire dalla realizzazione compiuta del nuovo assetto organizzativo (AFT e UCCP);
- Prevedere l'unificazione dei testi delle convenzioni delle figure coinvolte (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) al fine di agevolare l'istituzione del ruolo unico;
- Al fine di garantire l'uniformità dell'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, prevedere l'indicazione di un rapporto ottimale omogeneo sul territorio nazionale; la programmazione regionale, anche alla luce di necessità di specifi-

che modalità organizzative e/o caratteristiche oro-geografiche, può introdurre variazioni attraverso accordi regionali;

- Prevedere anche per la pediatria di libera scelta che l'accesso alla graduatoria per titoli predisposta annualmente dalla regione avvenga secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali e modificabile in base al principio di cui al punto precedente, tenendo conto in particolare della necessità di tutela dei soggetti più giovani e fragili;
- Orientare i contenuti assistenziali della Pediatria di Libera Scelta ad attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce, percorsi di gestione delle patologie croniche e continuità dell'assistenza diurna in raccordo con il livello ospedaliero;
- Prevedere, nell'ambito dell'assistenza in età pediatrica, modalità di lavoro e percorsi di integrazione con il livello ospedaliero che garantiscano una reale continuità dell'assistenza in particolare per i soggetti più giovani e fragili;
- Prevedere per l'ambito della Specialistica Ambulatoriale Interna, una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso la assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale;
- Rivedere la normativa in tema di rappresentatività e diritti sindacali, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale. Va rivisto il meccanismo di quantificazione e di attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale e le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacali;
- Verificare la coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.Lgs 150/09 e procedere agli eventuali adeguamenti;
- Per il monitoraggio degli esiti dell'Accordo, al fine di seguire l'evoluzione del cambiamento prefigurato dall'accordo medesimo, va istituito un flusso informativo dalle regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'assetto organizzativo regionale dell'organizzazione territoriale;
- A definizione della programmazione del nuovo assetto previsto (AFT/UCCP), le regioni avviano la contrattazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale che deve essere perfezionato entro 12 mesi, termine oltre il quale la regione provvede unilateralmente, a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali, sino alla sottoscrizione del nuovo accordo.

## CONFERENZA PERMANENTE STATO REGIONI

*Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 - 2016.*

La Conferenza permanente per il rapporti tra lo Stato e le Regioni, nella seduta del 10 luglio 2014,

## SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati:

(omissis)

### ART. 5 ASSISTENZA TERRITORIALE

1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.
2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art. 9 quinquies del d. lgs. 502/92 e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.
3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico. Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).
4. La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale nonché i pediatri di libera scelta che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione

dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica.

5. Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:
  - Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),
  - Garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
  - Garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
  - Garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera
6. la UCCP ha un assetto organizzativo definitivo ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

60

(omissis)

8. Sono definiti tramite Accordi Stato Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.
9. Nell'ambito dei processi di attivazione delle AFT e delle UCCP, alla luce di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012, dovrà essere prevista a livello distrettuale una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

# CAPITOLO SECONDO

## L'Accordo collettivo nazionale

Come abbiamo visto, l'articolo 8 del Decreto legislativo n. 402 del 1992, riformato dal Decreto legge n. 158 del 2012, stabilisce che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sia disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Tali accordi, continua il Decreto, devono tenere conto di alcuni principi, tra i quali quello di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie.

A tal riguardo è utile riportare uno stralcio degli articoli dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, integrato con l'Accordo del 29 luglio 2009.

Lo stralcio riporta gli articoli che pongono in evidenza le forme associative e le società di servizio tra i medici.

### Art. 26 Bis

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.
2. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.
3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base dei seguenti criteri:
  - riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
  - popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.
4. Nell'ambito dell'aggregazione di cui al presente articolo è individuato un delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale.
5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del delegato di cui al comma 4.
6. I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
  - promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
  - promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
  - promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.
7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:
- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
  - la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
  - la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

## 62 Art. 26 Ter

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.
2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente

- comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.
3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:
- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
  - assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
  - realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
  - impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
  - sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
  - contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

## Art. 28

1. Ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera d), del D.L.vo 502/92 come successivamente modificato ed integrato, la struttura del compenso del medico di medicina generale così si articola:
- a) Quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dai rispettivi Capi del presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente accordo;
  - b) Una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;
  - c) Una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei

- programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.
2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dai successivi artt. 59, 72, 85 e 98, e, per quanto di competenza, dagli Accordi Regionali e Aziendali.

## Art. 54

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Al fine di:
  - a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
  - b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
  - c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
  - d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
  - e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
  - f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
  - g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica; i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.
3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:
  - forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
  - forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano



esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:
- a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
  - b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
  - c) della forma associativa possono far parte:  
medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);  
medici di continuità assistenziale;  
medici pediatri di libera scelta;
  - d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
  - e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;
  - f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
  - g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
  - h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
  - i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
  - j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere,

distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;

s) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5.
6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:
  - A. La medicina in associazione.
  - B. La medicina in rete.
  - C. La medicina di gruppo.
7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:
  - a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;
  - b) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
  - c) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituire una nuova;
  - d) la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
  - e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.
8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:
  - a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
  - b) la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
  - c) il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
  - d) l' utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;

e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;

f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:

a) la sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;

b) la presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;

c) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;

d) l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;

e) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;

f) l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;

g) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;

h) il numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa Azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4 lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati me-

- dici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla lettera f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.
13. Nell'ambito degli Accordi Regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.
  14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:
    - a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
    - b) beni strumentali;
    - c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
    - d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
    - e) servizi di verifica e revisione di qualità;
    - f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.
  15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b) del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. 270 del 2000.
  16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali di cui al presente Accordo, anche mediante il soggetto di cui al comma 4, lettera q).
  17. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

# CAPITOLO TERZO

## La normativa fiscale

La normativa fiscale rappresenta un elemento da tenere in grande considerazione nella decisione di costituire una cooperativa tra medici e operatori sanitari.

Infatti le società cooperative tra Medici di Medicina Generale godono di un regime fiscale favorevole stabilito dalla normativa nazionale e confermata da circolari attuative. Se si rispettano le condizioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, le società cooperative possono fatturare i servizi ai medici che sono soci con lo stesso regime di esenzione IVA.

Secondo autorevoli esperti fiscali, questo regime agevolativo comporta una riduzione dei costi di circa il 15% rispetto ad altre forme societarie.

Di seguito viene riportata la normativa che disciplina il suddetto regime fiscale applicabile.

### LEGGE 24 dicembre 2007, n. 244

*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008).*

(omissis)

70

261. Al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) (omissis)

b) all'articolo 10 è aggiunto, in fine, il seguente comma:

“Sono altresì esenti dall'imposta le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, ivi comprese le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione di cui all'articolo 19-bis, anche per effetto dell'opzione di cui all'articolo 36-bis, sia stata non superiore al 10 per cento, a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci ai predetti consorzi e società non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse”.

A tal riguardo si è già espressa l'Agenzia delle Entrate - Direzione Centrale Normativa, fornendo chiare ed inequivocabili interpretazioni sulla corretta applicazione del regime fiscale agevolativo.

Riportiamo di seguito i più importanti provvedimenti esplicativi:

### CIRCOLARE N. 5/E AGENZIA DELLE ENTRATE

Roma, 17 febbraio 2011

OGGETTO: IVA - Regime di esenzione per le prestazioni di servizi rese

## da consorzi o società consortili ai propri consorziati o soci - Articolo 10, secondo comma, D.P.R. n. 633 del 1972 - Ulteriori chiarimenti

### PREMESSA

L'art. 10, secondo comma, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633, prevede un regime di esenzione IVA per le prestazioni di servizi effettuate nei confronti di consorziati o soci da consorzi, ivi comprese le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione di cui all'art. 19-*bis* del D.P.R. n. 633 del 1972 sia stata non superiore al 10 per cento, sempre che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci per tali prestazioni non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse.

In sostanza, per fruire del regime di esenzione devono essere verificati i seguenti requisiti:

1. le strutture consortili devono essere partecipate da soggetti che - nel triennio solare precedente - abbiano avuto un pro-rata non superiore al 10 per cento;
2. i corrispettivi pagati a fronte delle prestazioni di servizi rese dal consorzio non devono essere superiori ai costi imputabili alle prestazioni suddette.

La disciplina in commento è stata introdotta dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008) - in correlazione con l'abrogazione del precedente regime di esenzione previsto per le operazioni infragruppo dall'art. 6, commi da 1 a 3-*bis*, della legge 13 maggio 1999, n. 133 - al fine di stabilire un regime di esenzione coerente con le previsioni dell'art. 132, par. 1, lett. f), della Direttiva n. 2006/112/CE, finalizzate a rendere neutrale, agli effetti dell'IVA, il ricorso all'*outsourcing* da parte di soggetti che svolgono attività esenti.

Fermo restando il requisito sub 2), sul quale non sono necessari ulteriori chiarimenti, con riferimento al requisito sub 1), con circolare 8 maggio 2009, n. 23/E, è stato:

- da un lato, chiarito che possono partecipare al consorzio anche soggetti con pro-rata superiore al 10 per cento;
- dall'altro, precisato che il consorzio può rendere prestazioni di servizi sia ad eventuali consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento sia a soggetti terzi, fermo restando che tali prestazioni sono imponibili.

Qualora l'attività verso i consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento o verso terzi sia superiore al 50 per cento del volume d'affari del consorzio, devono essere assoggettate ad IVA tutte le prestazioni di servizi rese dal medesimo consorzio.

Con riferimento a quanto sopra sono sorti dubbi circa l'esatta portata delle norme con riferimento alla correlazione tra la possibilità di svolgere prestazioni anche nei confronti di consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento nonché nei confronti dei terzi e la composizione della compagine consortile.

Pertanto, vengono di seguito forniti chiarimenti al riguardo.

### 1. I destinatari del regime di esenzione

I destinatari del regime di esenzione sono le strutture consortili costituite anche in

forma societaria o in cooperative con funzioni consortili. Infatti, in linea con la disposizione comunitaria che rinvia a strutture associative "strumentali" all'attività dei propri associati, la normativa interna di esenzione ha ravvisato tale caratteristica nelle strutture associative di tipo consortile che, secondo la disciplina civilistica, sono costituite al precipuo scopo di dar vita ad un'organizzazione comune per la disciplina e lo svolgimento di determinate fasi dell'attività degli associati.

Per quanto riguarda la compagine sociale delle strutture consortili, la circolare n. 23/E del 2009 (cfr. par. 2.1.1.) ha chiarito che i consorziati o soci partecipanti al consorzio ovvero alla società consortile, devono aver avuto - nel triennio solare precedente - diritto alla detraibilità dell'IVA in misura non superiore al 10 per cento, a prescindere dal settore di attività in cui gli stessi operano.

In sostanza, il regime di esenzione è riservato non solo alle prestazioni di servizi rese a consorziati che, in linea di principio, sono privi del diritto a detrazione, ma anche a consorziati o soci che svolgono marginalmente attività imponibile (in misura tale da determinare un pro-rata non superiore al 10 per cento).

Come chiarito nella circolare n. 23/E del 2009, tale minima percentuale di detraibilità non incide sulla qualificazione del consorziato che, essendo equiparato, ai fini del regime di esenzione in esame, ad un soggetto totalmente privo del diritto a detrazione, riceve dal consorzio prestazioni esenti anche se le stesse sono destinate allo svolgimento delle marginali operazioni imponibili.

La verifica circa il limitato diritto a detrazione in capo a ciascun consorziato deve essere effettuata con riferimento al triennio solare precedente a quello nel quale la prestazione di servizi è resa o, più precisamente, a quello in cui l'operazione deve considerarsi effettuata ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. n. 633 del 1972.

Tuttavia, atteso che l'art. 10, secondo comma, del richiamato D.P.R. n. 633 del 1972, non richiede che la compagine associativa del consorzio o della società consortile sia costituita esclusivamente da soggetti con pro-rata non superiore al 10 per cento, il citato documento di prassi ha, altresì, precisato che possono far parte della compagine sociale anche consorziati privi di tale requisito (ad esempio, consorziati o soci per i quali, nel corso della vita associativa, sia venuto meno il requisito della limitata percentuale di detraibilità).

Naturalmente, le prestazioni di servizi rese a favore di consorziati privi del requisito soggettivo, non rientrando nell'ambito applicativo del regime di esenzione, devono essere assoggettate ad IVA.

In linea generale, quindi, la partecipazione alle strutture consortili di soggetti privi del requisito soggettivo richiesto dalla norma non preclude l'applicazione del regime di esenzione che resta in ogni caso riservato alle prestazioni che il consorzio rende a favore dei consorziati con pro-rata di detraibilità contenuto nei limiti del 10 per cento. Va, tuttavia, precisato che la partecipazione al consorzio di consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento deve avere un peso non prevalente nell'ambito della compagine consortile. In altri termini, tali consorziati non devono detenere complessivamente la maggioranza delle quote o delle partecipazioni alle strutture consortili. Infatti, l'art. 132, par. 1, lett. f), della Direttiva n. 2006/112/CE, prevede che gli Stati membri possono esentare *"le prestazioni di servizi effettuate da associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente o per la quale non hanno la qualità*



*di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all'esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano ad esigere dai loro membri l'esatto rimborso della parte delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni della concorrenza".*

Le strutture associative cui si riferisce la norma comunitaria sono, quindi, quelle composte, in linea di principio, da consociati che esercitano attività esente ai fini IVA, ai quali è normalmente rivolta l'attività del consorzio.

La *ratio* del regime di esenzione va ravvisata nell'esigenza di evitare che i soggetti che svolgono attività esenti (nello specifico, i consorziati), qualora decidano di esternalizzare (nello specifico, ai consorzi) i servizi necessari e funzionali a tali attività (ad esempio, servizi amministrativi, gestione della contabilità, formazione del personale, gestione degli immobili), vengano penalizzati dall'indetraibilità dell'IVA assolta sugli acquisti.

Tenuto conto della *ratio* della norma e del contenuto della disposizione comunitaria che - come detto - assume implicitamente l'identità di massima tra consorziato esente e destinatario delle prestazioni del consorzio, si ritiene che, per garantire l'aderenza alla portata di quest'ultima disposizione, la possibilità che soggetti con pro-rata superiore al 10 per cento partecipino al consorzi non deve determinare come conseguenza che tali soggetti rappresentino la maggioranza della compagine sociale e cioè che questi detengano la maggioranza delle quote o delle partecipazioni alle strutture consortili.

Allo stesso modo, con riferimento ai destinatari delle prestazioni del consorzio, la possibilità che quest'ultimo eroghi servizi a consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento o a terzi (servizi che sono, comunque, imponibili ai fini IVA) non deve superare il 50 per cento del volume d'affari del consorzio.

Diversamente, qualora dovessero risultare prevalenti, in termini di volume d'affari, le prestazioni di servizi rese a soggetti terzi o a consorziati con percentuale di detraibilità superiore al 10 per cento, dovranno essere assoggettate a IVA tutte le prestazioni rese dal consorzio, comprese, quindi, quelle rese nei confronti dei consorziati con pro-rata inferiore al 10 per cento.

In conclusione, il regime di esenzione è ammesso alla duplice condizione che:

- la compagine consortile non sia costituita in prevalenza da consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento;
- l'attività svolta dal consorzio a favore dei consorziati con pro-rata superiore al 10 per cento o a favore di terzi non sia superiore al 50 per cento del volume d'affari del consorzio medesimo.

Le Direzioni regionali vigileranno affinché le istruzioni fornite e i principi enunciati con la presente circolare vengano puntualmente osservati dalle Direzioni provinciali e dagli Uffici dipendenti.

## RISOLUZIONE N. 30/E

Roma, 3 aprile 2012

*OGGETTO: Consulenza giuridica - Applicabilità dell'esenzione Iva alle società cooperative costituite fra soggetti esercenti l'attività sanitaria - Art. 10, comma 2, del d.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633.*

Con la richiesta di consulenza giuridica specificata in oggetto, concernente l'interpretazione dell'art. 10, comma 2, del d.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633, è stato esposto il seguente

## QUESITO

L'art. 132, par. 1, lett. f), della Direttiva comunitaria n. 2006/112/CE consente agli Stati membri di esentare *"le prestazioni di servizi effettuate da associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all'esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano ad esigere dai loro membri l'esatto rimborso della parte delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni della concorrenza"*.

L'art. 10, secondo comma, del d.P.R. n. 633 del 1972 recepisce la disposizione comunitaria stabilendo che *"Sono altresì esenti dall'imposta le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, ivi comprese le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione di cui all'art. 19-bis, anche per effetto dell'opzione di cui all'art. 36-bis, sia stata non superiore al 10 per cento, a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci ai predetti consorzi e società non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse"*.

In base al tenore letterale della richiamata disposizione nazionale, l'ambito soggettivo di applicazione dell'esenzione da IVA è limitato alle strutture consortili o con funzioni consortili.

74

Al riguardo, la Confederazione istante fa presente che i soggetti esercenti le professioni sanitarie non possono adottare lo schema associativo tipico del consorzio ovvero delle strutture societarie con funzioni consortili in quanto, secondo le disposizioni del codice civile, tale schema presuppone l'esercizio di attività d'impresa da parte dei consorziati o soci.

La Confederazione istante chiede di sapere se tale beneficio possa estendersi alle società cooperative costituite fra soggetti esercenti l'attività sanitaria - esente da IVA in base all'art. 10, primo comma, n. 18), del d.P.R. n. 633 del 1972 - che, pur non svolgendo attività consortile ai sensi dell'art. 2602 del codice civile, svolgono attività ausiliarie o strumentali rispetto a quelle sanitarie svolte dai propri soci.

## SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DALL'ISTANTE

Ad avviso della Confederazione istante, il regime di esenzione previsto dall'art. 10, secondo comma, del d.P.R. n. 633 del 1972, si applica alle prestazioni di servizi che le società cooperative, costituite tra esercenti le professioni sanitarie, rendono ai propri soci.

Secondo la Confederazione, tale soluzione è coerente con l'art. 132, par. 1, lett. f), della Direttiva comunitaria n. 2006/112/CE che individua i soggetti beneficiari del regime di esenzione nelle *"associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente"*. La ratio della disposizione comunitaria è, infatti, ravvisabile

nell'esigenza di garantire a soggetti esercenti attività esenti che si associno in una autonoma struttura organizzativa, avente lo scopo di fornire ai propri associati servizi strumentali all'esercizio dell'attività esente, di ricevere tali servizi in esenzione da IVA, indipendentemente dalla forma associativa e organizzativa prescelta.

## PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

L'articolo 10, secondo comma, del d.P.R. n. 633 del 1972, dispone che: *"Sono altresì esenti dall'imposta le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, ivi comprese le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione di cui all' articolo 19-bis, anche per effetto dell'opzione di cui all' articolo 36-bis, sia stata non superiore al 10 per cento, a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci ai predetti consorzi e società non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse"*.

Come evidenziato dalla Confederazione istante, tale disposizione recepisce nell'ordinamento interno la disposizione di cui all'articolo 132, paragrafo 1, lettera f), della direttiva 2006/112/CE, secondo la quale gli Stati membri esentano *"le prestazioni di servizi effettuate da associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all'esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano ad esigere dai loro membri l'esatto rimborso della parte delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni della concorrenza"*.

In linea generale, le strutture associative cui si riferisce la norma comunitaria sono quelle composte da associati che esercitano attività esente o non soggetta ad IVA, ai quali è normalmente rivolta l'attività dell'associazione.

La *ratio* del regime di esenzione, in particolare, è ravvisabile nell'esigenza di evitare che soggetti che svolgono attività esenti o non soggette ad IVA (a prescindere dal settore di attività in cui operano), qualora decidano di esternalizzare i servizi necessari e funzionali a tali attività (ad esempio, servizi amministrativi, gestione della contabilità, gestione dei beni strumentali e degli immobili), vengano penalizzati dall'indetraibilità dell'IVA assolta sugli acquisti.

In particolare, in base all'art. 132, paragrafo 1, lettera f), della direttiva 2006/112/CE, le *"associazioni autonome di persone"* - persone che possono essere sia fisiche sia giuridiche - sono caratterizzate, oltre che dalla composizione della compagine sociale (gli associati, infatti, sono soggetti che svolgono attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi), da uno scopo istituzionale di supporto e di collaborazione rispetto all'attività esercitata dai singoli partecipanti.

In linea con la *ratio* ispiratrice di detto regime, il legislatore nazionale ha individuato, quali soggetti destinatari dell'esenzione, i consorzi (costituiti anche in forma societaria) e le cooperative con funzioni consortili in quanto - tenuto conto dei principi dell'ordinamento giuridico interno e, in particolare, degli schemi associativi tipici previsti dalla normativa nazionale - costituiscono strutture associative coerenti con le finalità dell'esenzione e assimilabili, sotto il profilo organizzativo, alle generiche "as-

*sociazioni autonome di persone*" individuate dalla norma esentativa comunitaria. In base all'art. 2602 del codice civile, infatti, i consorzi assolvono ad una funzione strumentale in quanto sono strutture giuridicamente autonome, costituite tra imprenditori, al fine di coordinare le iniziative comuni per lo svolgimento delle rispettive attività economiche. La medesima struttura associativa può essere, altresì, utilizzata da enti (ad esempio, enti locali) per lo svolgimento comune di attività istituzionali ovvero per l'acquisizione di servizi necessari a tal fine.

Il riferimento dell'art. 10, secondo comma, del d.P.R. n. 633 del 1972, alle sole strutture associative di tipo consortile, per esigenze di conformità alla normativa comunitaria, non può, tuttavia, essere interpretato come discriminatorio rispetto ad altri schemi associativi autonomi costituiti al fine di rendere, al mero costo, servizi comuni agli associati, che svolgono attività esente o non soggetta ad IVA, funzionali all'esercizio dell'attività di ciascuno di essi.

Diversamente, infatti, si realizzerebbe l'effetto di gravare tale attività dell'onere dell'IVA, in funzione di scelte di tipo meramente organizzativo, in contrasto con la finalità perseguita dalla norma di esenzione comunitaria e verrebbe meno l'applicazione uniforme del regime di esenzione.

In tal senso, la circolare dell'Agenzia delle entrate n. 23/E del 2009 ha precisato che al consorzio possono essere equiparate organizzazioni di origine comunitaria aventi finalità analoghe, quali i gruppi economici di interesse europeo (GEIE) costituiti ai sensi dell'art. 3 del regolamento CEE 2137/85, i quali, in base a tale regolamento, devono svolgere un'attività che si ricollega a quella economica dei loro membri e che può avere soltanto un carattere ausiliario rispetto a quest'ultima.

Secondo l'impostazione sopra prospettata, quindi, anche l'indicazione del GEIE deve ritenersi, evidentemente, avente carattere esemplificativo.

Ai fini dell'esenzione in argomento, si deve ritenere che non assuma rilievo la forma giuridica assunta dalla struttura associativa, bensì l'oggetto sociale della stessa, vale a dire la cooperazione all'attività esente o esclusa da IVA svolta dagli associati, che il legislatore nazionale ha individuato, a titolo esemplificativo, nello schema associativo tipico del consorzio.

Un'analogia funzione può, peraltro, essere assolta anche da strutture associative aventi una forma giuridica diversa da quella consortile, alle quali gli associati demandino lo svolgimento di alcuni segmenti della propria attività economica.

Possono, quindi, essere comprese nell'ambito applicativo dell'art. 10, secondo comma, del d.P.R. n. 633 del 1972, le società cooperative costituite tra soggetti esercenti l'attività sanitaria, oggetto dell'istanza in esame, al fine di fornire al socio professionista i servizi che consentono o facilitano l'attività sanitaria prestata dal professionista. Le Direzioni regionali vigileranno affinché i principi enunciati e le istruzioni fornite con la presente risoluzione vengano puntualmente osservati dalle Direzioni provinciali e dagli Uffici dipendenti.

# CAPITOLO QUARTO

## La Normativa Regionale

Le regioni svolgono un ruolo determinante nell'attuazione delle politiche socio-sanitarie. In Veneto si è assistito ad una progressiva diffusione delle forme associative della medicina di famiglia. Come ben sintetizzato nell'allegato A della DGR n. 1012/2014 tra il 2005 e il 2008 si è assistito alla attivazione di forme meno spontanee e più complesse, quali le UTAP con prevalenza della componente della medicina di famiglia, ma con il coinvolgimento della componente infermieristica, dei collaboratori di studio e degli specialisti ambulatoriali interni. Gli anni dal 2009 al 2012 hanno segnato il passaggio ad uno sviluppo più programmato, avviando un processo di pianificazione sul territorio e prevedendo sempre più un coinvolgimento multi professionale. Vengono riportati i provvedimenti più importanti approvati dalla Regione Veneto negli ultimi nove anni.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 4395 del 30 dicembre 2005

Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

77

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Flavio Tosi, riferisce quanto segue.

Il 6 settembre 2005, a seguito della convocazione con nota regionale del 17 agosto 2005, n. 582592/50.07.03.00, è stata avviata la negoziazione per l'Accordo regionale della Medicina Generale.

Con il presente provvedimento si propone di recepire l'Accordo regionale di cui sopra, in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, nel testo che viene allegato, sotto la voce A, al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale.

*LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. Di recepire l'Accordo regionale sottoscritto il 10 novembre 2005, in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, nel testo che viene allegato, sotto la voce A, al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale.
2. Di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie per gli atti di competenza.

## ALLEGATO A - ALLA DGR 4395 DEL 30/12/2005

*Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - periodo 2001/2005.*

(omissis)

Gli strumenti privilegiati, che l'Accordo Regionale individua per il perseguimento degli obiettivi strategici della gestione integrata dei pazienti e della continuità dell'assistenza, sono i Patti aziendali ovvero degli accordi che ciascuna Azienda ULSS negozia con i propri Medici Convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi.

Il presente Accordo Regionale intende valorizzare:

- la valenza strategica del Patto;
- gli strumenti gestionali delle forme associative.

(omissis)

Coerentemente al principio della prevalenza della sostanza su quello della forma, l'Accordo Regionale richiama l'istituto dell'associazionismo fra Medici, inteso come uno degli strumenti gestionali cardine dei Patti, per definirne più specificatamente i contenuti. A questo riguardo l'Accordo Regionale integra l'art. 54 "Forme associative" dell'ACN con una descrizione dei requisiti specifici aggiuntivi richiesti per ciascuna forma prevista, nonché ribadisce i contenuti fondamentali che ciascuna tipologia deve presentare. Nei requisiti specifici aggiuntivi si distinguono quelli finalizzati al miglioramento del servizio di continuità dell'assistenza - inteso sia come migliore accessibilità ai servizi (a livello di orario di copertura giornaliera di apertura ambulatoriale) sia come migliore presa in carico del paziente grazie allo scambio di informazioni tra medico e medico e tra medico e Azienda - e quelli volti al miglioramento della qualità dei servizi offerti. L'Accordo Regionale definisce inoltre le linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più evolute (art. 26 "Equipes territoriali ed UTAP" dell'ACN).

(omissis)

### Forme associative

Lo sviluppo nel Veneto delle forme associative per la Medicina di Assistenza Primaria è riconducibile, fondamentalmente, a due atti di programmazione: l'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 28 agosto 1997 e l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 31 dicembre 2001. L'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 1997

prevedeva la costituzione di team di medici. Lo scopo di tale assetto organizzativo era quello di riunire i medici partecipanti in gruppi (generalmente con un numero di componenti variabile da 4 a 12) senza che vi fosse una condivisione di spazi ambulatoriali o di lavoro istituzionale. Era una sorta di rete territoriale di singoli professionisti che continuavano a lavorare individualmente con la consapevolezza di far parte di un gruppo. Non si trattava cioè di un legame strutturale ma funzionale.

Con l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 2001 sono state definite, sulla scorta delle esperienze avviate con i Team, le seguenti forme associative: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo e forme associative miste.

Nel 2004 l'appartenenza a forme associative ha riguardato 2.605 Medici di Assistenza Primaria su 3.544 ovvero il 74% circa, così ripartiti: n. 1.922 in Associazione, n. 84 in Rete, n. 599 in Gruppo. Tali forme associative costituiscono la rete territoriale per l'Assistenza Primaria della Medicina Convenzionata, punto di forza della programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

Questo importante risultato esprime l'ampia diffusione, ma anche il consolidamento, delle forme associative nella realtà regionale e pone le premesse per l'implementazione di forme associative più evolute, quali le équipes territoriali ex art. 26 dell'A.C.N., ovvero di più elevata complessità, quali le UTAP, che sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria. Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie, inteso come modalità di lavoro condiviso con i medici, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

## Riferimenti normativi

L'associazionismo fra Medici di Assistenza Primaria, introdotto dall'art. n. 40 dell'ACN di cui al D.P.R. n. 270/2000, viene ripreso ed approfondito nell'art. 54 dell'ACN reso esecutivo in data 23/03/2005. La lettura delle fonti richiamate, le modalità di attuazione degli istituti di cui trattasi definite dalla Regione Veneto e l'esigenza di coniugare quanto prescritto con un modello organizzativo funzionale al miglioramento dei servizi all'utente portano alla enucleazione dei seguenti indirizzi.

## Entità e modalità di gestione del Fondo ex art. 46

In proposito, si richiama quanto disposto con la D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005.

## Riconoscimento delle diverse tipologie di forma associativa

Conformemente alla D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005, è necessario programmare annualmente i tetti di spesa delle quote variabili ex fondo art. 46, introducendo standard di qualità aggiuntivi rispetto a quelli dell'A.C.N.. Da questo presupposto deriva l'inserimento, nel presente Accordo regionale, delle seguenti disposizioni ob-

bligatorie:

*A) Presupposti-base per la costituzione di qualsiasi tipologia di forma associativa*

Riprendendo i contenuti dell'A.C.N., vengono a seguito enucleati i presupposti-base per la costituzione in una qualsiasi forma associativa, che dovrà realizzarsi in forma libera, volontaria e paritaria. I medici facenti parte devono:

A1) operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta o limitrofo entro la stessa Azienda;

A2) aderire ad una sola delle forme associative;

A3) non svolgere attività libero professionale strutturata per un orario superiore alle 5 ore settimanali;

A4) stipulare un accordo scritto di costituzione della forma associativa, da depositare presso l'Azienda ULSS e l'Ordine dei Medici, nel quale risultino le modalità organizzative della forma associativa, da comunicare ai cittadini iscritti.

*a) Requisiti trasversali - Attività richieste e comuni a tutte le tipologie di forma associativa*

Con riferimento ai contenuti introdotti nel comma 4 dell'art. 40 dell'ACN di cui al D.P.R. n. 270/2000 e l'art. 5, Capo III dell'Accordo regionale di cui alla D.G.R. n. 3889/2001, e prendendo a riferimento quanto disciplinato nell'art. 54 dell'A.C.N., vengono di seguito elencate le attività, comuni a tutte le tipologie di forma associativa e richieste ai medici che vi aderiscono:

a1) l'impegno a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

a2) l'obbligo di garantire ai cittadini, con regole e limiti, la conoscenza della accessibilità, a ciascun medico dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, da consegnare a tutti gli assistiti secondo un modello negoziato con l'Azienda ULSS;

a3) la comunicazione degli orari di studio di tutti i medici della forma associativa all'Azienda ULSS ed esposti in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitati nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'Azienda ULSS;

a4) l'erogazione dell'attività ambulatoriale di ciascun medico per 5 gg. la settimana. La riduzione a 4 gg. la settimana per impegni previsti dall'ACN (consulti con gli specialisti, accessi ai luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione ad incontri o convegni, attività di ricerca) deve rientrare in una precisa programmazione, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali;

a5) il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati (qualora il numero degli associati sia superiore a tre), per garantire complessivamente una disponibilità all'accesso di almeno 7 ore giornaliere, stabilendo un congruo numero di ore di apertura, distribuito equamente nel mattino e nel pomeriggio. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici associati si intendono fissate, per la mattina, dalle 8.00 alle 13.00 e, per il pomeriggio, dalle ore 13.00 alle 19.00, con un minimo di due ore per fascia;

a6) la congruità della attività ambulatoriale di ciascun medico prevede l'apertura settimanale dello studio individuale per almeno un'ora ogni cento assistiti, su cinque



giorni settimanali; detto orario si intende cumulativo laddove siano presenti più studi medici;

a7) qualora un solo medico garantisca, in una particolare giornata, l'apertura pomeridiana, è dovere e responsabilità dei medici della forma associativa garantirne sempre e comunque la sostituzione, per un minimo di 2 ore;

a8) l'impegno a garantire l'apertura di almeno uno degli studi nelle giornate prefestive al mattino per almeno due ore;

a9) nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione, entro le ore 10.00, delle richieste di visite domiciliari anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

a10) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza Domiciliare, in modo da garantire, nei periodi di assenza di uno o più medici, la continuità di tale forma assistenziale nella periodicità degli accessi programmati;

a11) l'impegno ad assicurare il coordinamento della attività di Assistenza Domiciliare Integrata, in modo tale da garantire, con le stesse modalità, la continuità di tale forma assistenziale nei periodi di assenza di uno o più medici della forma associativa;

a12) l'impegno a garantire, attraverso accordi aziendali, la continuità assistenziale diurna nei casi ad elevata intensità di tutela sanitaria che riguardano pazienti multiproblematici, non autosufficienti nelle attività quotidiane, malati in condizione di criticità presi in carico conformemente alle presenti disposizioni;

a13) dovranno essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

a14) l'impegno a gestire la documentazione socio-sanitaria attraverso un processo di evoluzione verso l'informatizzazione, che preveda anche lo scambio informativo e di dati con l'Azienda. Nello specifico i medici costituiti in medicina di gruppo dovranno garantire la gestione della scheda sanitaria con un unico ambiente informatico e conformemente alle specifiche standard definite dall'amministrazione regionale e/o aziendale, secondo le intese definite con le OO.SS.;

a15) l'impegno a partecipare alla stesura di due percorsi diagnostico assistenziali riguardanti le patologie a più alta prevalenza, con le modalità definite negli accordi aziendali (a tale proposito si rinvia a quanto previsto dal CAPO I art. 3 dell'ACR di cui alla D.G.R. 3889/2001, integrato in alcuni punti come da testo riportato in appendice - allegato n.1);

a16) per i medici della forma associativa di medicina di gruppo con oltre i 3600 assistiti complessivi è prevista la presenza obbligatoria del collaboratore di studio e/o dell'infermiere professionale, compatibilmente con le risorse previste dal fondo ex art. 46. Le modalità di gestione di suddette figure avverrà in base ad un accordo interno al gruppo stesso.

Sono consentite forme associative miste, contenenti più tipologie associative e correlate indennità, proposte dai medici interessati e definite ed autorizzate dall'Azienda, previo parere del Comitato aziendale, entro i tetti di spesa di cui alla D.G.R. n. 2694

del 20/09/2005.

Requisiti per le forme associative miste:

1. i medici che aderiscono ad una forma associativa mista si associano, all'interno di essa, secondo i requisiti previsti dalle varie forme associative nell'ACN, concorrendo al numero minimo di partecipanti l'associazione nel loro insieme e senza superare il numero massimo previsto;
2. qualora ricorrano condizioni territoriali particolari, la medicina di gruppo facente parte della forma mista, in deroga all'art 54 comma 4, lett. e) dell'ACN, può essere costituita da due soli Medici di Assistenza Primaria, purché la sede unica abbia tutte le caratteristiche previste dal presente accordo e i profili orari complessivi siano comunque assicurati anche in assenza di uno qualsiasi degli associati;
3. i medici operano ciascuno secondo i requisiti previsti nell'A.C.N per la forma associativa alla quale dichiarano di aderire e debbono soddisfare i requisiti trasversali per le forme associative previsti dal presente Accordo.

Ciascuna tipologia di forma associativa è riconosciuta dal mese successivo alla presentazione della richiesta, se rispondente ai requisiti stabiliti e conformemente alla D.G.R. 2694 del 20/09/2005.

## Aree di indirizzo da negoziare nell'ambito dei Patti Aziendali

82

Le caratterizzazioni seguenti assumono connotato di orientamento per la formulazione di obiettivi aziendali da inserire nei Patti, da negoziare con le OO.SS. della Medicina di Assistenza Primaria.

*B) per tutte le forme associative*

B1) l'impegno affinché la verifica degli obiettivi raggiunti e la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa, con gli obiettivi della programmazione distrettuale, aziendale e regionale, debba sostanziarsi in almeno tre sedute di confronto tra pari per ciascuno dei due percorsi assistenziali che, ciascun anno, i medici della forma associativa scelgono, come riferimento del proprio gruppo, all'interno delle problematiche rilevanti per la Medicina Generale individuate con l'Azienda;

B2) la costituzione di programmi ambulatoriali per patologia all'interno delle forme associative;

B3) la definizione e l'attuazione, nel caso di forma associativa costituita da un numero di medici superiore a 3, di criteri per l'ampliamento dell'orario di copertura giornaliera, nell'ottica di "assicurare la massima copertura possibile nell'arco della giornata".

*C) per la forma associativa di "Medicina in Rete" e "Medicina di Gruppo"*

Oltre a quanto previsto al paragrafo B) si aggiungono:

C1) l'impegno a gestire gli accessi agli studi attraverso un servizio unico di prenotazione;

C2) l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda ULSS e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi secondo le modalità da concordare con l'Azienda.

## Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le Équipe Territoriali e le UTAP

Come precedentemente espresso, la continuità dell'assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti. Le équipes e più ancora le UTAP, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell'assistenza. Esse vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio (fuori dall'ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani", questo anche nell'ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo "allargato" delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria,
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

Le Aziende, mediante accordi con le OO.SS., definiscono le modalità di attuazione delle forme associative complesse sulla scorta delle seguenti linee guida. In tale contesto individuano anche il sistema incentivante più appropriato al proprio modello organizzativo.

Le risorse da destinare alle forme associative complesse non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46.

### Requisiti specifici per la forma organizzativa Équipe territoriale

L'équipe territoriale è disciplinata espressamente dall'art. 26 dell'A.C.N.; per il completamento della disciplina di cui all'art. 26 dell'A.C.N. si rinvia agli Accordi aziendali da sottoscrivere con le OO.SS.

### Riferimenti normativi per la forma organizzativa UTAP

Relativamente alla sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si prendono come basi di riferimento:

- l'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP;

- la D.G.R. n. 2053 del 02/07/2004 “Progetto per l’attivazione di équipes territoriali delle Cure primarie (UTAP) nell’Azienda sanitaria n. 4.”, a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti.

## Requisiti specifici per la forma organizzativa UTAP

1. le UTAP possono essere, indicativamente, da 4 a 8 ogni 100.000 abitanti;
2. ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di Libera Scelta, un numero di Specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di Medici di Continuità Assistenziale idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste;
3. la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei Medici di Assistenza Primaria, per l’attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento ( “piccole urgenze”) e di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista;
4. le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
5. in tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell’utente e dovranno essere definite funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
6. l’insieme dei medici che operano nell’UTAP individuano un referente;
7. i medici dell’UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio;
8. il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all’attività e agli obiettivi dell’UTAP;
9. l’UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l’assistenza domiciliare;
10. l’UTAP orienta l’attività di Assistenza Primaria in un’ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni;
11. le attrezzature comprendono, oltre alle attrezzature di carattere sanitario adeguate per l’attività da svolgere, anche mezzi informatici collegati in rete all’interno e all’esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle Aziende ULSS di riferimento per consentire:
  - la messa in rete di tutte le UTAP con l’Azienda ULSS anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
  - il collegamento al CUP ove presente;
  - la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
  - la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;

12. l'UTAP dialoga con il Distretto socio-sanitario di riferimento, con l'Ospedale, con gli altri poli della rete integrata, nonché con la direzione dell'Azienda ULSS;
13. pur essendo la sede dell'UTAP unica è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica (es. aree montane ed a bassa densità di popolazione). Nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno pertanto da valutare la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione (presenza di ultra sessantacinquenni, disabili o soggetti vulnerabili). In caso di presenza capillare di studi periferici l'orario di apertura della sede centrale potrà essere strutturato in modo da tenere conto del vincolo degli studi periferici. Spetta comunque all'Azienda, al Comitato dei Sindaci del Distretto e ai componenti dell'UTAP la formulazione di accordi in merito all'eventuale mantenimento e/o chiusura degli studi periferici;
14. l'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
  - a) *UTAP integrata*: modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda ULSS metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e operatori delle équipes distrettuali; con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni (assistenti sociali ed équipes assistenziale). In questo caso, previa sperimentazione, il rapporto fra UTAP e Azienda/Distretto deve essere gestito tramite la stipula di specifico "contratto" pluriennale con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;
  - b) *UTAP aggregata*: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'Azienda ULSS; nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi. Il rapporto con l'Azienda/Distretto socio-sanitario, previa sperimentazione, deve essere gestito in modo "formale" e "sostanziale" secondo uno specifico "contratto" con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;
15. per assicurare una corretta relazione fra soggetti giuridicamente riconosciuti si rende necessario che venga definita la forma societaria che intende assumere l'UTAP e si realizzi la conseguente designazione di un rappresentante legale della stessa;
16. stante il vincolo delle risorse previste per la gestione dell'Assistenza Primaria, le risorse utilizzate per l'UTAP devono derivare da processi di razionalizzazione del sistema e non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46;
17. l'UTAP deve prevedere l'accesso allo studio tramite un efficiente sistema di prenotazione. Tale servizio deve funzionare come minimo per 12 ore giornaliere (8.00-20.00) e di sabato mattina (8.00-12.00), deve garantire la risposta alla chiamata entro le 12 ore ed essere valutabile attraverso specifici standard di

attività (es. tempo medio di attesa per una visita e/o tempo che intercorre tra l'orario di prenotazione e di effettivo ingresso nello studio);

18. la programmazione degli accessi allo studio, la richiesta delle visite domiciliari, la reiterazione di ricette, le richieste di contatto telefonico programmato, le richieste di consulto diretto con il medico, proposti attraverso un servizio di segreteria/call center, devono essere finalizzati a garantire:
  - l'accesso programmato allo studio del proprio medico con un tempo di attesa per la visita in studio stabilito come standard di servizio dalla relativa "carta dei servizi", una sicura contattabilità per il ritiro delle ricette reiterate ed un sicuro contatto telefonico programmato. Inoltre deve essere in grado di dare certezza della effettuazione della eventuale visita domiciliare;
  - la possibilità per l'assistito di un accesso allo studio di altro medico in caso di bisogno;
19. l'utilizzo di un software unico o di strumenti di cooperazione applicativa in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione dell'assistito e di prevedere le modalità operative di integrazione informativa tra Azienda ULSS, medici dell'UTAP e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con soggetti esterni alla rete aziendale (es. Comuni, Case di riposo, ecc.);
20. lo sviluppo di un progetto integrato di raccolta del consenso e di gestione del trattamento dei dati in conformità alle prescrizioni del Codice Privacy, in particolare nella prospettiva di attivare flussi informativi su refertazioni direttamente dallo studio del medico;
21. l'impegno ad erogare le prestazioni di primo livello, individuate in accordo con l'Azienda ULSS, su alcune specialità direttamente gestite dai Medici di Medicina Generale componenti l'UTAP e in possesso della relativa competenza vocazionale e/o specialità. L'accordo deve prevedere le forme di integrazione con le specialità dell'Ospedale e le forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'effettiva appropriatezza delle prestazioni;
22. è ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità, con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

Spetta alle Aziende e alle OO.SS. applicare i suesposti criteri secondo le specificità locali. Inoltre, nella fase sperimentale dell'attivazione dell'UTAP, l'Azienda, d'intesa con le OO.SS., potrà individuare diverse modalità di definizione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

In sede di accordo con l'Azienda ULSS vengono individuati indicatori di qualità per l'UTAP.

In relazione alle indicazioni tecniche, che saranno fornite da un apposito gruppo di lavoro, sulla possibilità di attuare UTAP nel Veneto, questa Amministrazione si riserva di impartire indirizzi per la realizzazione delle stesse UTAP nelle Aziende sanitarie della Regione. Lo stesso gruppo funzionerà da "tavolo di monitoraggio" dell'evoluzione del sistema.

(omissis)

# DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2686 del 07 agosto 2006

*Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere del Veneto ai fini del riconoscimento dell'integrazione del trattamento economico. Art. 3 bis comma 5 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Art. 1, comma 5, del D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 così come modificato dal D.P.C.M. n. 319 del 31 maggio 2001.*

(omissis)

Per gli anni 2006/2007, si ritiene di assegnare, o di confermare, se assegnati con altri provvedimenti, ai Direttori la realizzazione dei seguenti obiettivi:

1. definizione dei patti aziendali per la medicina convenzionata;
2. istituire almeno due UTAP per Azienda Ulss;

(omissis)

## OBIETTIVO n. 1: DEFINIZIONE DEI PATTI AZIENDALI PER LA MEDICINA CONVENZIONATA

Si confermano i contenuti di rilevanza strategica previsti dalla D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 "Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per il 2005", e dalla parte generale definita nella D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, assumendoli come orientamenti prescrittivi per la formulazione e negoziazione dei Patti aziendali per la Medicina Convenzionata.

In particolare, la determinazione della quota C) dei Patti aziendali deve avvenire secondo i seguenti criteri:

- Rispetto dei contenuti di eccellenza, adeguamento a standard regionali e di qualificazione del livello organizzativo delle cure primarie.

La quota C) viene erogata per l'incentivazione di uno dei seguenti macro-obiettivi:

- di eccellenza. Tra questi obiettivi si segnalano, in particolare, quelli di gestione integrata dei pazienti e di continuità assistenziale, individuati come strategici nell'Accordo regionale per la MG;
- di adeguamento agli standard regionali. Tra questi obiettivi si sottolineano quelli di governo della domanda e, più specificatamente, quelli di razionalizzazione del tasso di ospedalizzazione, di prestazioni farmaceutiche e specialistiche nelle realtà con parametri notevolmente al di sopra della media regionale;
- innalzamento e qualificazione del modello organizzativo delle cure primarie. Tra questi obiettivi si evidenziano in particolare la partecipazione dei Medici di Assistenza Primaria alla gestione distrettuale e l'incremento delle potenzialità delle forme associative.
- Certificazione dell'autosostenibilità economica.

Le Aziende sono tenute a certificare la reale autosostenibilità economica degli obiet-

tivi su progetti specifici legati alla incentivazione della quota C). Non sono ammesse quote C) finanziate con fondi espressamente richiesti alla Regione.

· Dimostrabilità dei risultati conseguibili

La definizione della quota C) è subordinata alla oggettiva evidenza, ex ante, dei risultati raggiungibili in termini di obiettivi di salute e miglioramento dei servizi erogabili. I Patti dovranno, pertanto, esplicitare le modalità di valutazione e di verifica degli obiettivi anche di salute, i relativi indicatori per la loro misurazione, nonché i risultati attesi in un contesto di compatibilità economica.

## OBIETTIVO n. 2: ATTIVAZIONE DI ALMENO DUE UTAP IN OGNI AZIENDA SANITARIA

La continuità dell'assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti. Le UTAP, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell'assistenza. Esse vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio (fuori dall'ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),  
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani", questo anche nell'ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo "allargato" delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria,  
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

(omissis)

### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

Di assegnare ai direttori generali, per le motivazioni e secondo le indicazioni descritte in premessa, ai fini dell'integrazione del trattamento economico loro spettante per gli anni 2006/2007, i seguenti obiettivi, da realizzare entro il 31 dicembre 2007, con una prima valutazione quali-quantitativa al 31 dicembre 2006 di quanto realizzato per l'anno in corso:

1. definizione dei patti aziendali per la medicina convenzionata;
2. istituire almeno due UTAP per Azienda Ulss;

(omissis)



## Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1575 del 26 maggio 2009

*Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie : I Fase 2009. DD.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 07/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005.*

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

### CONTESTO

È in corso un processo di sviluppo delle Cure Primarie che coinvolge tutte le componenti del SSSR: i vari contributi professionali delle Aziende e dei Medici convenzionati sono confluiti nel Progetto Cure Primarie; tale documento consentirà alle Aziende sanitarie stesse di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale, intraprendendo un piano organico di riorganizzazione.

Il modello di riferimento prevede uno sviluppo pianificato degli elementi, qui di seguito, indicati:

- Obiettivi - Gestione integrata dei pazienti e Continuità dell'assistenza,
- Strumenti - Piano attuativo locale per le Cure primarie e Patti aziendali,
- Modelli organizzativi - RETE: Team funzionali, Medicina di gruppo integrata e UTAP, associazione e singoli,
- Risorse - Accordi nazionale e regionale,
- Indicatori - definiti nei Patti aziendali,
- Tempi - Tre anni.

Sostanzialmente due sono gli elementi essenziali del nuovo corso: la Programmazione/Governo con il Piano attuativo locale per le Cure primarie e la individuazione ed organizzazione della Rete Territoriale, che poggia sui seguenti elementi strutturali: Distretti (50) con un bacino medio di 100mila abitanti, Assistenza sanitaria di base in rete, gruppo, associazione e singoli, e UTAP (33), Assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità (9), Strutture residenziali extraospedaliere (283) e Hospice (16). In tale contesto operativo ogni cittadino deve poter trovare una risposta sanitaria appropriata, nell'arco delle ventiquattro ore.

Su questi obiettivi, la Regione Veneto ha lanciato una proposta di forte collaborazione con tutti i medici convenzionati (circa 6000 professionisti) che operano sul Territorio: Medici di Famiglia, Continuità Assistenziale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni.

Pronta è stata l'adesione dei citati Professionisti che, attraverso le proprie OOSS, hanno sottoscritto pre intese contenenti gli obiettivi di ciascun settore della medicina convenzionata: MG, PLS e SAI.

Una prima fase elaborativa ha prodotto i seguenti atti:

DGR n. 4172 del 30.12.2008. Approvazione schema Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.

DGR n. 4170 del 30.12.2008. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la MG del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie

2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.

DGR n. 4174 del 30.12.2008 D.G.R. n. 4532 del 28/12/2007, Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati. Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.

DGR n. 115 del 27.01.2009. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la PLS del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.

## MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LE CURE PRIMARIE

Il processo di crescita delle Cure primarie è iniziato con l'Accordo regionale del 2001, che ha previsto il passaggio da un sistema fondato sulle prestazioni ad un altro costruito su progetti (Patti aziendali). Il successivo Accordo regionale del 2005 ha definito nuovi standard erogativi ed organizzativi (UTAP). Ed oggi, con il Progetto Cure Primarie 2009, introduce la fase della programmazione dell'Assistenza Primaria, completando il percorso di sviluppo.

Da quanto sopra è possibile definire il seguente

## MODELLO DI RIFERIMENTO

Obiettivi di sistema: gestione integrata del paziente e continuità delle Cure; le pretese costituiscono il riferimento per definire gli obiettivi prioritari delle Aziende UULLSSSS.

Piani attuativi locali per le Cure primarie finalizzati a pianificare lo sviluppo, in ambito aziendale, delle Cure primarie.

Patti aziendali per negoziare gli obiettivi prioritari di salute e le relative modalità operative.

Modelli organizzativi: UTAP integrata/aggiunta, Medicina di gruppo integrata (in fase sperimentale), Medicina di gruppo, in rete, in associazione e medico singolo, finalizzati a definire la rete assistenziale/informativa territoriale.

Risorse: ACN (quota fissa e variabile), Accordo regionale (quota per funzione e/o risultato), riallocazione di risorse, fornitura di beni e servizi, incentivi per l'appropriatezza.

Indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità, di accoglienza e di appropriatezza economica.

Tempi: tre anni per l'attuazione complessiva del Progetto; il rapporto con i Medici convenzionati viene, invece, definito di anno in anno.

Formazione attraverso il Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.

Governo attraverso una Commissione tecnica regionale comprensiva di una rappresentanza di Medici Convenzionati ed una analoga a livello aziendale presiedute, rispettivamente, dal Segretario regionale sanità e sociale e dal Direttore generale dell'Azienda interessata.

L'attuazione del Modello si articola in tre Fasi:

- FASE I. Attuazione del Modello in relazione agli obiettivi di salute, 2009.
- FASE II. Implementazione del Modello di organizzazioni in Rete, anche in forza

- dei contenuti dei nuovi AACCCNN per la Medicina convenzionata, 2010.
- FASE III. Monitoraggio e verifica dei risultati e degli esiti finalizzati alla messa a regime del Modello, 2011.
- I FASE: ADEGUAMENTO DEL MODELLO AI NUOVI BISOGNI DI SALUTE - ANNO 2009

### *AREE DI AZIONE*

S'individuano le seguenti aree prioritarie d'intervento per l'avvio della I Fase del Modello, secondo l'apporto di ciascuna componente della Medicina Convenzionata.

MG, applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera, percorsi di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi.

PLS, percorsi di continuità delle cure e dell'assistenza, di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi.

SAI, percorsi diagnostico terapeutici e clinico assistenziali integrati.

Le Azioni dianzi riportate trovano pieno sviluppo nel contenuto delle rispettive pre intese, che qui si richiamano e che vengono allegate al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale: per la MG (Allegato "A"), per la PLS (Allegato "B") e per la SAI (Allegato "C") attraverso le quali sono state declinate le rispettive strategie, fra loro complementari, per dare attuazione alla I Fase del citato Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie.

### *RISORSE*

Le Aziende dovranno reperire i fondi necessari nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate annualmente ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, attraverso la rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno. Modelli organizzativi integrati).

### *REGIA REGIONALE*

Mediante la costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della medicina convenzionata, con il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto; di ap-

provare le pre intese, che qui si richiamano e che vengono allegate al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale: per la MG (Allegato "A"), per la PLS (Allegato "B") e per la SAI (Allegato "C"), attraverso le quali sono state declinate le rispettive strategie, fra loro complementari, per dare attuazione alla I Fase del citato Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie;

(omissis)

## ALLEGATO A - PRE-INTESA TRA REGIONE VENETO E LA MEDICINA GENERALE

*La Medicina Generale (MG) nel modello veneto: il medico di famiglia*

### PREMESSA

Le cure primarie rappresentano il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); l'assistenza primaria "deve essere erogata a costi sostenibili per la Comunità, usa metodi pratici, validi scientificamente ed accettabili socialmente, è accessibile ad ogni membro della Comunità e coinvolge la Comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi" (Dichiarazione di Alma Alta).

È un'assistenza di lungo termine centrata sulla persona e non sulla malattia ed è suo compito il coordinamento dell'assistenza quando questa va ricercata altrove (WONCA).

Questo coordinamento è fornito:

- a livello informale dalle famiglie e dalle organizzazioni presenti nella Comunità (soggetti intermedi),
- a livello formale dai liberi professionisti presenti sul Territorio, tramite Convenzioni, che realizzano una collaborazione finalizzata a perseguire comuni obiettivi di salute.

L'assistenza primaria è garantita sul territorio da una rete integrata di servizi diversi, che permette di dare risposte efficienti, efficaci e personalizzate ai bisogni dei cittadini. In tal senso risulta di fondamentale importanza ogni modello che permetta di mettere in connessione le diverse risorse presenti sul territorio, per utilizzare le possibili sinergie al fine di raggiungere nuovi obiettivi di salute. La forte "tradizione" e cultura della solidarietà della Regione Veneto hanno difatti condotto al costante mantenimento e rafforzamento, negli atti normativi e nelle disposizioni applicative, del modello dell'integrazione; oggi la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si presenta come una risorsa fondamentale connaturata al modello Veneto, senza la necessità di ricorrere ad ulteriori interventi legislativi.

Il modello di welfare della Regione Veneto si è nel tempo articolato su alcune basi fondamentali: l'integrazione delle responsabilità, l'integrazione dei fattori produttivi, la rete integrata pubblica e privata di offerta assistenziale, la promozione della famiglia, la promozione della solidarietà organizzata nel rispetto del principio di sussidiarietà.

In un sistema integrato, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla pro-

mozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale, la pratica dell'assistenza primaria nel prossimo futuro si troverà di fronte ad alcune sfide, ossia dovrà:

- essere in grado di affrontare la complessità della cronicità e della comorbidità,
- migliorare l'appropriatezza degli interventi medico assistenziali e in particolare per la fascia di età anziana sopra i 75 anni,
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche della pratica stessa (ossia la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità, il coordinamento dell'assistenza),
- promuovere interventi di prevenzione anche favorendo stili di vita virtuosi,
- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari per la tutela della salute della popolazione,
- collaborare con le altre professionalità delle cure primarie in una logica di maggiore responsabilizzazione delle stesse e di integrazione efficace attraverso l'implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.

#### Elementi costitutivi dell'assistenza primaria

- Rapporto medico \ paziente fondato sulla scelta fiduciaria.
- Approccio globale socio-assistenziale.
- Gestione di processi assistenziali e presa in carico.
- Presidio dell'efficacia e dei risultati.
- Decentramento per valorizzare il capitale sociale (relazione).
- Valorizzazione dei saperi, equità, diffusione capillare sul territorio.
- Formazione permanente realizzata sul campo tramite gestione, anche diretta, della formazione obbligatoria regionale.

Da quanto sopra è possibile definire il seguente modello di riferimento, che ogni Azienda deve attuare sul proprio territorio, secondo le indicazioni contenute nel presente documento.

OBIETTIVI	AZIONI	MODELLI ORGANIZZATIVI	RISORSE	INDICATORI	TEMPI
Gestione integrata del paziente. Continuità delle cure.	Piani Attuativi Locali per le Cure Primarie. Patti Aziendali su obiettivi di salute prioritari.	Medico Singolo, in associazione, in Rete e in Gruppo. Medicine di Gruppo Integrate e UTAP o Strutture equivalenti.	ACN e ACR. Riallocazione risorse. Erogazione di beni e servizi. Incentivi per l'appropriatezza.	Definiti nei patti aziendali.	Tre anni.

## ATTUAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA CURE PRIMARIE

Per realizzare il Modello regionale di riferimento per le Cure primarie ogni Azienda deve:

- programmare gli interventi per le Cure primarie attraverso il Piano Attuativo Locale;
- negoziare le modalità di realizzazione degli obiettivi sotto indicati, con i medici convenzionati, mediante Patti aziendali uniformemente convergenti ad uno stesso modello regionale, mirato a:
- rafforzare la condivisione della conoscenza del paziente tra MMG, Continuità Assistenziale e Ospedale, anche attraverso sistemi concordati di consultazione di dati sanitari del MMG;
- diffondere la presa in carico mediante l'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera,
- realizzare lo sviluppo professionale in ordine all'applicazione dei PDTA stessi,
- avviare processi di riallocazione di risorse da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale,
- individuare nell'ambito dei Patti Aziendali percorsi incentivati correlati all'appropriatezza e al conseguimento degli obiettivi predefiniti che, nel caso di raggiungimento di risultati economici positivi, consentano, da parte delle Aziende e in accordo con le OOSS, il riutilizzo di tali risorse per le attività concernenti lo sviluppo del modello stesso,
- istituire modalità di finanziamento correlate alla Appropriatezza che alimentino i fattori produttivi della Assistenza Primaria e progetti su obiettivi di salute condivisi con le OOSS rappresentative,
- realizzare, conformemente alle indicazioni normative e contrattuali, l'implementazione di sistemi informativi di monitoraggio, documentazione e verifica della MG, con riguardo alle performance assistenziali, organizzative e di relazione con il sistema,
- favorire lo sviluppo delle Forme associative per la medicina convenzionata per attuare le aggregazioni funzionali territoriali o Team,
- individuare le risorse a supporto alle attività delle aggregazioni funzionali e delle forme erogative territoriali: di personale ed altri servizi eventualmente forniti direttamente dalla Azienda ULSS secondo le necessità della Rete assistenziale,
- definire indicatori misurabili e standard finalizzati allo sviluppo del sistema,
- recuperare il ruolo di funzione pubblica del MMG verso i propri assistiti, relativo alle certificazioni sociali, civili, di motorizzazione e distrettuali (es Codici di esenzione), conformemente agli indirizzi regionali,
- razionalizzare il carico burocratico con atti di semplificazione amministrativa,
- costituire una Commissione tecnica aziendale presieduta dal Direttore generale e composta di esperti aziendali e di medici convenzionati nominati dalle OOSS con il compito di governare le azioni di cui sopra.

## OBIETTIVI DA INSERIRE NEI PATTI AZIENDALI

Qualificare l'assistenza primaria attraverso:

- la gestione del paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo (progetto obiettivo),
- la gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di gestione propri del I livello, anche valorizzando le competenze vocazionali del MMG, nel rispetto delle competenze delle altre aree professionali della medicina convenzionata,
- la gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico previste dall'AIR e conformi alle indicazioni regionali, in forte connessione con le Unità di Cure Palliative (UCP),
- la gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare con particolare attenzione all'alto rischio Cardio Vascolare,
- lo sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente l'adeguamento dei processi assistenziali (PDTA), sia per l'implementazione di percorsi di audit, ai fini di promuovere e monitorare gli esiti attesi dagli interventi su obiettivi di salute,
- la riqualificazione della Residenzialità intermedia compresi i letti di sollievo,
- il Potenziamento della Prevenzione realizzata tramite gli screening collettivi e la promozione di stili di vita virtuosi.

## STRUMENTI OPERATIVI

a) I Patti aziendali, di cui all'Accordo Regionale ex D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, costituiscono, in ogni Azienda ULSS, gli strumenti per la gestione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni e degli standard dei Medici di Assistenza Primaria, volte al perseguimento degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Fondamentale è l'applicazione di percorsi di gestione delle patologie ad alto impatto sociale (diabete, ictus, bpc, alto rischio cardio-vascolare, fragilità ecc.), al fine di costruire percorsi di assistenza più appropriati sia da un punto di vista dell'accettabilità, dell'accessibilità e dell'equità, sia da un punto di vista dell'uso delle risorse favorendo la riallocazione dei percorsi dall'Ospedale al Territorio.

b) Le Forme associative il cui sviluppo consentirà di definire e valorizzare le aggregazioni funzionali territoriali dei MMG e delle sue forme erogative quali la medicina di gruppo, la rete, l'associazione e l'UTAP.

La Medicina di Gruppo integrata (in fase sperimentale, da avviare secondo valutazioni congiunte con le OOS) risponde ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata, è integrata perché si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale ed amministrativo), può diventare un soggetto forte operante nel Distretto Socio Sanitario.

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità

dell'assistenza e l'efficace integrazione sociosanitaria.

### *MODALITÀ APPLICATIVE*

Il Progetto sopra descritto è immediatamente esecutivo e, pertanto, ogni Azienda deve adeguare i propri atti alle indicazioni del presente documento.

### *REGIA REGIONALE*

La costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della Medicina Generale indicati dalle OOSS, che avrà il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

### *APPROPRIATEZZA*

#### *AZIONI*

Il Patto Aziendale consente, inoltre, di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano nel:

- governo clinico,
- linee guida,
- percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, nell'ambito della rete assistenziale/informativa,
- continuità terapeutica tra medicina generale/specialistica/ospedaliera,
- modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno;
- per conseguire anche:
  - un utilizzo appropriato dell'ospedale,
  - un utilizzo appropriato del farmaco,
  - un utilizzo appropriato della specialistica,
  - il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

### *STRUMENTI*

Definizione di indicatori misurabili e standard (di qualità clinica assistenziale, informativi/informatici, di accessibilità e di accoglienza, di impatto economico) finalizzati al monitoraggio delle performance assistenziali ed organizzative individuali ed associative nelle aggregazioni funzionali territoriali.

Avvio di processi di riallocazione di risorse da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale.

Per il conseguimento degli obiettivi sopra definiti si individuano i seguenti percorsi incentivanti, con decorrenza 1° gennaio 2009:



Quote A e B - pre definite e corrisposte in dodicesimi, da assegnare:

1. in previsione del raggiungimento degli obiettivi di governo clinico \ assistenziale;
2. alla formazione strategica funzionale all'allineamento di tutti i MMG sugli obiettivi del Patto.

Quota C - variabile sul piano aziendale, da assegnare:

- in proporzione al raggiungimento degli obiettivi su progetti speciali, sulla base di indicatori misurabili, di impatto economico, secondo modalità condivise;
- allo sviluppo dei sistemi informativi collettivi di audit e monitoraggio, necessari a perseguire e documentare gli obiettivi da conseguire nei patti.

Quota D - derivante dal riutilizzo nell'Assistenza Primaria delle economie conseguenti l'Appropriatezza. Per il 2008 viene individuata una somma definita dalle parti nel 50%, del totale delle economie conseguite. Il comitato aziendale definisce le modalità di utilizzo di tale fondo. Per gli esercizi successivi il fondo di cui sopra viene definito mediante criteri individuati dalle parti. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.

### *PERCORSI DI SVILUPPO DELLE FORME ASSOCIATIVE*

Al fine di dare attuazione alla seguente disposizione: "Individuare le risorse di supporto alle attività delle aggregazione funzionali territoriali e dei team, di personale ed altri servizi forniti direttamente dalla Azienda secondo le necessità della Rete assistenziale", si definiscono i seguenti criteri applicativi.

1. Apertura concordata delle forme associative da richiedere entro il prossimo 30 giugno 2009, le cui domande saranno accolte scaglionandole nel tempo, in base all'ammontare complessivo della spesa. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti.
2. Il MMG è chiamato a realizzare il presente Progetto, secondo modalità sia di autogoverno sia in connessione organica con gli indirizzi regionali.
3. Con DGR n. 4170 del 30.12.2008 - Punto 4), è stato disposto "di consentire la costituzione, con adeguamento automatico del tetto di spesa, di nuovi rapporti di lavoro per collaboratore di studio e personale infermieristico dei MMG in gruppo, in rete ed in associazione".
4. Il personale di studio ed infermieristico deve, rispettivamente, svolgere almeno le seguenti attività, descritte in via indicativa:  
personale di studio:
  - gestione dell'accessibilità agli studi medici e accoglienza dell'utenza;
  - supporto alla tenuta dei fascicoli degli assistiti;
  - attività burocratiche connesse al governo clinico \ assistenziale.personale infermieristico:
  - supporto e monitoraggio della gestione della cronicità e attività di prevenzione;
  - partecipazione a percorsi di audit organizzati con i MMG.
5. Il personale di cui trattasi può essere:
  - assunto dal Medico di assistenza primaria e, in questo caso, compete una maggiorazione della relativa indennità in considerazione all'orario di lavoro

- previsto, oltre quello ordinario;
  - fornito dall'Azienda, su progetti di assistenza definiti in Comitato Aziendale e secondo modalità condivise con le forme associative interessate. In tal caso è necessario che ogni Azienda definisca con le OOSS della MG il relativo fabbisogno e si coordini con la Regione per le procedure di acquisizione di detto personale.
6. L'Azienda definisce annualmente, nell'ambito del presente progetto, tramite il Comitato aziendale, la quota di personale da assegnare alle forme organizzative della MG in relazione agli obiettivi da conseguire e alle risorse disponibili derivanti da processi di razionalizzazione della spesa sanitaria.
  7. Ai fini di migliorare la qualità dell'Assistenza Primaria, le parti concordano di effettuare una verifica congiunta sul numero di cittadini residenti ma risultanti non iscritti ai MMG, per valutarne i conseguenti aspetti assistenziali ed economici.

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3578 del 24 novembre 2009

*D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009: Attuazione del modello regionale di riferimento per le Cure primarie: I^ fase 2009. DD.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 07/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005. Appropriatezza.*

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

### APPROPRIATEZZA

Con D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009: attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie, è stato, tra l'altro, stabilito che il Patto Aziendale preveda di attuare l'appropriatezza delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, che si realizzano anche attraverso gli strumenti del governo clinico, quali:

- linee guida,
- percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi,
- continuità terapeutica tra medicina generale/specialistica ambulatoriale interna/ospedaliera,
- modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno;
- per conseguire anche:
  - un utilizzo appropriato dell'ospedale,
  - un utilizzo appropriato del farmaco,
  - un utilizzo appropriato della specialistica,
  - il contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi o modalità di erogazione differenti.

Sempre la D.G.R. n. 1575/09 ha stabilito "di riconoscere sia alla Assistenza Primaria sia alla Pediatria di Libera Scelta, trattandosi di categorie omogenee, per l'appropriatezza del 2008, attraverso la nuova Quota D, una somma che sarà definita dalla

Giunta regionale conformemente alle pre intese, da estendere alle altre categorie (Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici di Continuità Assistenziale) nel caso vi siano le condizioni per tale soluzione (...). Per il 2008 viene individuata una somma definita dalle parti nel 50%, del totale delle economie conseguite. Il comitato aziendale definisce le modalità di utilizzo di tale fondo. Per gli esercizi successivi il fondo di cui sopra viene definito mediante criteri individuati dalle parti. Tale disposizione sarà sottoposta alla Giunta regionale per le determinazioni conseguenti."

Ai fini di quanto sopra si ritiene utile emanare le seguenti linee operative per la definizione e gestione della appropriatezza 2008 - 2009.

#### *APPROPRIATEZZA 2008 - QUOTA D (AP e PLS)*

Risorse a destinazione vincolata per il progetto Cure Primarie, DGR n.1575/2009 L'ammontare consta di complessivi 15.000.000= euro e rientra nella "Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2009, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza." Dette risorse andranno reinvestite in beni e servizi per le cure primarie. In questa prima fase, nelle more della definizione ed attuazione della rete assistenziale, gli effetti dell'appropriatezza 2008 non vengono estesi alla continuità assistenziale e alla specialistica ambulatoriale interna, fatti salvi eventuali progetti aziendali.

Ambiti d'investimento e riparto del finanziamento di euro 15.000.000.=

$3.500 \text{ MAP} + 571 \text{ PLS} = 4.071$

$15.000.000 : 4071 = \text{euro } 3.684$

$3.684 \times 3.500 = \text{euro } 12.894.000 \text{ MG}$

$3.684 \times 571 = \text{euro } 2.103.564 \text{ PLS}$

MG (euro 12.894.000) PLS (euro 2.103.564)

Sulla base dei relativi progetti, ogni azienda individua, tramite il Comitato aziendale, le percentuali di risorse da assegnare ad ogni ambito di intervento. In caso di mancato accordo si applicano le seguenti percentuali:

- sviluppo del flusso informatico/informativo (65%);
- forme associative (17,5%);
- personale di studio e infermieristico (17,5%).

#### *SVILUPPO DELLA INFORMATIZZAZIONE*

Lo sviluppo della informatizzazione nell'assistenza primaria è finalizzato, soprattutto, alla gestione dei Patti aziendali, la cui conformità ad un unico modello regionale è stata avviata con la DGR n. 1575/09; in questa prima fase, viene attivato il flusso informatico ex ACN, per giungere, attraverso un tavolo tecnico regionale, alla definizione di un set minimo di indicatori di qualità clinica e assistenziale, che le Aziende dovranno inserire nei propri patti aziendali ed utilizzare per misurare il conseguimento degli obiettivi di salute definiti a livello regionale.

Gli interventi prevedono, in questa fase, l'adeguamento della dotazione informatica dei medici tale da consentire il collegamento funzionale con la rete aziendale; questo processo fornisce anche i presupposti tecnologici per l'assolvimento degli

obblighi di fornitura dei dati previsti dall'ACN 29 luglio 2009, per la Medicina Generale e per la Pediatria di Libera Scelta, articoli 58 bis e ter e 59 bis e ter.

#### Art. 59 BIS - FLUSSO INFORMATIVO

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
  - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
  - Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;
  - Visite domiciliari;
  - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
  - Assistenza domiciliare (ADP/ADI).
2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
  - riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
  - riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato; - essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.
3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.
4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.

#### Art. 59 TER - TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria - collegamento in rete dei medici - ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause

tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.

Dal canto suo l'Azienda U.L.S.S. sarà chiamata a garantire il collegamento funzionale del proprio sistema informatico - informativo con gli applicativi gestionali dei Medici/Pediatri, rispettando o allineandosi alle specifiche della Regione, individuate nell'ambito di progetti in materia.

In particolare, la normativa di riferimento prevede che l'attivazione del flusso informativo/informatico avvenga senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione dei dati a carico dei medici convenzionati. Ciò comporta il riconoscimento dei relativi costi sostenuti dai medici convenzionati, concordato con l'Azienda in misura non superiore alle spese ammesse ed effettivamente realizzate e documentate anche mediante autocertificazione. Tale importo può essere forfettizzato e corrisposto mensilmente. L'informatizzazione verrà estesa, in via negoziale, anche ai Medici di continuità assistenziale e agli Specialisti ambulatoriali interni, con le modalità previste per la MG e la PLS in quanto compatibili.

È costituita in ogni azienda la Commissione aziendale sui flussi informativi della MC, composta di esperti aziendali e della MC e coordinata dal Direttore sanitario, con il compito di garantire la sicurezza delle infrastrutture e il rispetto della privacy.

Lo sviluppo pianificato delle forme associative

Sulla base della rete assistenziale l'Azienda individua gli obiettivi, il relativo fabbisogno delle varie tipologie di forme associative e la connessa copertura finanziaria e, conformemente ai richiamati presupposti, pianifica l'accoglimento delle domande presentate dai medici convenzionati.

### *LA DOTAZIONE DI PERSONALE AMMINISTRATIVO E INFERMIERISTICO*

A supporto dell'attività dei medici/pediatri potrà essere attivato un rapporto di lavoro con personale amministrativo e infermieristico, finalizzato alla gestione della cronicità e alla prevenzione. In questo caso l'investimento si configura come start up per il miglioramento della qualità assistenziale, i cui effetti devono essere misurati attraverso indicatori di qualità clinica e assistenziale.

Il personale di studio ed infermieristico deve, rispettivamente, svolgere almeno le seguenti attività, descritte in via indicativa:

per il personale di studio:

- gestione dell'accessibilità agli studi medici e accoglienza dell'utenza;
- supporto alla tenuta dei fascicoli degli assistiti;
- attività burocratiche connesse al governo clinico/assistenziale;

per il personale infermieristico:

- supporto e monitoraggio della gestione della cronicità e attività di prevenzione;
- partecipazione a percorsi di audit organizzati con i MMG/PLS.

Il personale di cui trattasi può essere:

- assunto dal MAP/PLS e, in questo caso, compete una maggiorazione della relativa indennità in considerazione all'orario di lavoro previsto, oltre quello ordina-

rio, nei limiti di costo del CCN di categoria;

- fornito dall'Azienda, su progetti di assistenza definiti in Comitato aziendale e secondo modalità condivise con le forme associative interessate. In tal caso è necessario che ogni Azienda definisca con le OOSS della MG il relativo fabbisogno e si coordini con la Regione per le procedure di acquisizione di detto personale.

Gli strumenti operativi per costituire e gestire i relativi rapporti di lavoro possono essere attivati direttamente dai MAP/PLS, dall'Azienda o tramite soggetti terzi (ad esempio, Cooperative). In proposito, si richiama quanto stabilito dalla norma finale n. 4 dell'ACN della MG.

### *UTILIZZO DELLA QUOTA VINCOLATA REGIONALE*

Individuati, come sopra, i tre ambiti di investimento (flusso informatico/informativo, forme associative e dotazione di personale amministrativo ed infermieristico), ciascuna Azienda ULSS potrà, nell'utilizzo delle risorse a destinazione vincolata per il Progetto Cure Primarie (DGR n.1575/2009), salvaguardare il proprio stato di avanzamento della rete informatico/informativa e/o il livello di complessità raggiunto dalle forme associative della medicina/pediatria di famiglia.

Una volta sviluppato il flusso informatico/informativo, come sopra indicato, le aziende possono rimodulare la gestione delle risorse in oggetto in funzione della pianificazione del proprio fabbisogno di forme associative e della dotazione di personale di studio ed infermieristico.

102

L'investimento di euro 15.000.000 ha carattere straordinario; vale, quindi, solo per il 2009 e riguarda: l'adeguamento della dotazione informatica dei medici atto a consentire il collegamento funzionale con la rete aziendale; lo sviluppo delle forme associative e del personale di studio conformemente alle: DGR n. 4170 del 30.12.2008. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la MG del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008; DGR n. 115 del 27.01.2009. Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la PLS del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. DGR n. 662 del 18 marzo 2008.

APPROPRIATEZZA Anno 2009 - QUOTA D (AP, CA, PLS e SAI)

### *ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA PREMIANTE*

Attraverso i sistemi premianti dei Patti aziendali si devono conseguire i seguenti obiettivi: raggiungimento o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale, sviluppo delle migliori pratiche, avvio di processi di riallocazione delle risorse.

Da ciò deriva la formulazione di un sistema premiante articolato su quattro livelli: quote A (pari a euro 3,10 per assistito) e B (che non potrà risultare superiore a euro 1,35 per assistito) collegate agli raggiungimento o mantenimento degli standard assistenziali regionali e della programmazione aziendale;

- quota C collegata alla individuazione delle migliori pratiche anche in termini di obiettivi di salute misurati con indicatori di qualità clinica ed assistenziale;

- quota D, dal 1° gennaio 2009: collegata a processi di appropriatezza generata dalla Medicina Convenzionata con l'indicazione di riallocare le risorse in beni e servizi per le Cure primarie.
- Le quote A, B, C sono tuttora disciplinate dagli Accordi regionali del 2005; per la quota D viene individuata la seguente disciplina.

### *DEFINIZIONE*

È istituita, nell'ambito dei Patti aziendali, la quota D) collegata all'appropriatezza generata dalla MC, sulla scorta del procedimento definito in Comitato aziendale (MG e PLS) e nei tavoli negoziali per la SAI, che prevede la determinazione degli obiettivi dei processi di appropriatezza per ciascuna area della MC, gli indicatori correlati, le azioni necessarie e le modalità di riutilizzo di dette risorse attraverso beni, servizi e progetti di salute finalizzati al miglioramento dei livelli qualitativi della stessa AP.

Le Aziende devono, pertanto, procedere alla rimodulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di base/specialistica ambulatoriale interna/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno. Modelli organizzativi integrati).

Col finanziamento di euro 15.000.000=, la Regione ha avviato il processo di appropriatezza sopra descritto, attraverso il percorso virtuoso: investimento - appropriatezza - riallocazione delle risorse - miglioramento del sistema assistenziale, che deve raggiungere, a regime ed in ogni Azienda, livelli crescenti di autosostentamento finanziario.

### *CONDIZIONE APPLICATIVA*

L'utilizzo delle risorse generate dall'appropriatezza per incentivi economici ai medici convenzionati, è attuabile solo nel caso di bilancio aziendale non in deficit, in coerenza con il principio sulle norme di contabilità pubblica che prevede di destinare le eventuali economie a copertura del disavanzo. Invece, la riallocazione di risorse attraverso processi di riorganizzazione del sistema di offerta, con la collaborazione dei medici convenzionati conformemente alla DGR n. 1575/09, dall'Ospedale al Territorio, può comportare, nel caso di economie prodotte anche dalla stessa medicina convenzionata, investimenti in beni e servizi per l'area dell'assistenza primaria, a fronte di un Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie che definisca gli obiettivi da perseguire, gli strumenti da adottare e preveda un sistema di indicatori per la verifica dei risultati conseguiti.

### *AMBITO DI APPLICAZIONE*

La quota D è estesa dal 2009 a tutte le categorie della medicina convenzionata: AP, CA, SAI, PLS.

Modalità di attuazione

Si individuano come possibili ambiti di appropriatezza l'utilizzo della risorsa farmaco

e l'utilizzo della risorsa specialistica, su cui possono essere attivati processi virtuosi, ossia:

- implementazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi tra medici/pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri;
- applicazione di linee guida, anche inerenti le modalità prescrittive, condivise tra ospedale e territorio;
- teleconsulto tra specialisti e medici di famiglia;
- implementazione di percorsi di prioritarizzazione delle richieste di prestazioni specialistiche;
- ecc...

Conseguentemente andranno definiti, in sede di Comitato aziendale e ai tavoli negoziali per la SAI, i criteri di misurazione e di utilizzo della quota D.

Il Comitato aziendale e i tavoli negoziali per la SAI, dovranno provvedere a: individuare le strategie qualitativamente rilevanti da mettere in atto (es. ampliamento uso dei generici, indicazione del principio attivo da parte degli specialisti, valutazione del mix di utilizzo di farmaci come statine, ecc.);

definire la percentuale di miglioramento atteso secondo le strategie aziendali.

Ogni Azienda sanitaria dovrà presentare una relazione sulla attuazione del presente documento, entro sei e dodici mesi dalla data di approvazione dell'odierna delibera.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE delibera

1. di approvare le Linee operative, sopra descritte, per l'applicazione della Appropriata definita con la D.G.R. n. 1575 del 26 maggio 2009: Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie;
2. di riconoscere per l'appropriatezza 2008 sia alla Assistenza Primaria sia alla Pediatria di Libera Scelta, il sistema premiante, quota D), in premessa descritto;
3. di rinviare al 2009 l'applicazione del procedimento sull'Appropriatezza, definito con il presente atto, agli Specialisti Ambulatoriali Interni e ai Medici di Continuità Assistenziale, nelle more della costituzione della rete assistenziale;
4. di ritenere il presente atto documento di riferimento regionale per l'attuazione delle disposizioni contrattuali sulla informatizzazione degli studi medici di AP e PLS e per l'attività della CA e della SAI, di cui agli AACNN del 29 luglio 2009;
5. di prendere atto che le dotazione finanziaria in premessa citata rientra nella "Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2009, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza";
6. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto in essa previsto;
7. di richiedere alle stesse Aziende sanitarie una relazione sulla attuazione della presente deliberazione entro sei e dodici mesi dalla data odierna.



# Legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11

## LEGGE FINANZIARIA REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2010

(omissis)

### ART. 52 - ATTIVAZIONE DI CASE DELLA SALUTE E UTAP

1. Al fine di far fronte in maniera adeguata al bisogno di salute nel territorio e di raggiungere gli obiettivi di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, la Giunta regionale presenta entro 150 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un piano per l'attivazione capillare di Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP).
2. Le UTAP sono attivate all'interno delle case della salute, qualora istituite, o in altre sedi distrettuali in cui si attua l'assistenza territoriale, e sono composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici e pediatri ambulatoriali interni. Le UTAP operano come rete integrata all'interno del dipartimento cure primarie, al fine di garantire assistenza sanitaria nel territorio 24 ore su 24.
3. Nelle case della salute e nelle UTAP si realizza la valorizzazione del rapporto della medicina convenzionata con l'azienda ULSS e con il distretto socio-sanitario, attraverso la partecipazione e il coinvolgimento nel governo clinico del territorio.
4. Alle UTAP è preposto un medico di medicina generale, al quale spetta il coordinamento dell'attività dei medici alle medesime assegnati, la garanzia nei confronti del cittadino assistito di orientamento e tutoraggio, attraverso il medico di fiducia o il pediatra di libera scelta, per l'intero arco del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il raccordo e il collegamento con i presidi ospedalieri, le strutture per lungodegenti, le strutture dedicate all'assistenza palliativa e quelle di riabilitazione presenti nel territorio di riferimento. Il medico coordinatore dell'UTAP permane nell'incarico per un biennio, rinnovabile per una sola volta. Le UTAP sono costituite da un congruo numero di medici, in relazione all'ambito territoriale e demografico di riferimento, assicurando, mediante idonea turnazione e complementarietà degli orari, l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle 12 ore diurne e l'assistenza domiciliare ininterrotta, diurna e notturna.
5. Nelle UTAP deve essere prevista la presenza sia di medici specialisti pediatri di libera scelta incaricati, sia di medici specialisti pediatri iscritti negli elenchi dell'azienda sanitaria ma privi di incarico. I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta possono svolgere attività professionale, oltre che nelle rispettive unità di base, anche in propri studi professionali, compatibilmente con l'impegno assunto nell'ambito delle stesse unità.
6. I direttori generali delle aziende ULSS presentano alla Giunta regionale le proposte di istituzione delle UTAP entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge; in ogni azienda ULSS devono essere previste almeno tre UTAP.
7. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, quantificati in euro

10.000.000,00 per ciascuno degli esercizi 2010, 2011 e 2012, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2010 e pluriennale 2010-2012.

## Deliberazione della Giunta Regionale N. 1417 del 18 maggio 2010

*Art. 1, comma 806 della legge n. 296 del 27/12/2006. Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Esercizio finanziario 2008: quota destinata ad iniziative nazionali del Ministero della salute. Approvazione del "Progetto Cure Primarie 2010".*

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

La legge n. 296 del 27/12/2006 (legge finanziaria 2007), all'art. 1, commi 805 e 806, al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale, per il triennio 2007, 2008 e 2009 ha istituito un Fondo per il cofinanziamento di progetti attuativi del P.S.N., il cui importo annuale è stabilito in 65,5 milioni di euro, di cui 5 milioni per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e 60,5 milioni da assegnare alle regioni con decreto dello stesso Ministro, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato/Regioni, nell'ambito di linee progettuali che, per l'anno 2008, sono state stabilite con il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 23/12/2008 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008".

In attuazione del Decreto 23/12/2008 è stata infatti adottata la D.G.R. n. 1576 del 26/05/2009 recante: Progetti regionali attuativi del P.S.N. a norma dell'art.1, c.805 e 806 della L.n.296 del 27/12/2006. Decreto Ministeriale 23/12/2008 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008".

Il suddetto D.M. 23/12/2008 per i progetti regionali riconducibili alla linea progettuale "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute" precisa che "possono essere ritenuti validi ai fini dell'accesso al cofinanziamento, progetti inerenti lo sviluppo di modalità organizzative che consentano la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, garantendo l'assistenza sanitaria nelle 24 ore".

Ciò premesso, per quanto attiene alle iniziative nazionali il Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità con nota prot. n. 0012243-P del 12/04/2010 indirizzata a tutti gli Assessorati alla sanità, nel comunicare che con decreto ministeriale al fine di utilizzare le migliori esperienze di modelli organizzativi in materia di riorganizzazione del servizio di assistenza sanitaria territoriale, è stato autorizzato l'impiego della somma di 5 milioni di euro a favore di progetti regionali che presentino caratteristiche e requisiti di riproducibilità ed un alto grado di trasferibilità a contesti territoriali e sociali diversi da quelli per i quali sono stati ideati, ha chiesto alle regioni di presentare entro il 30 maggio 2010, una dettagliata proposta di progetto di rilevanza nazionale

che, in osservanza degli obiettivi descritti, sia rivolto ad alleggerire la pressione sulle strutture di pronto soccorso viste come luogo di risposta ai bisogni di salute e di assistenza, mediante la promozione di modelli organizzativi dei servizi di assistenza territoriale, diversificati e ad alta flessibilità, che rispondano con appropriatezza e puntualità alle richieste dell'utenza.

Il Ministero ha infine comunicato che selezionerà e finanzia uno o più progetti tra quelli pervenuti che maggiormente rispondano ai requisiti di riproducibilità ed alto grado di trasferibilità a contesti territoriali e sociali diversi da quelli per i quali sono stati ideati.

Tutto ciò premesso, nell'ambito della linea progettuale di cui all'allegato A, n. 1. del Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 23/12/2008 e secondo le caratteristiche e i requisiti indicati dal Ministero della Salute con nota prot. 0012243-P-12/04/2010, i competenti uffici regionali hanno predisposto il seguente progetto che, allegato A) al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale:

#### *PROGETTO CURE PRIMARIE 2010 - ALLEGATO A*

Si propone quindi di approvare il suddetto progetto, da inoltrare al Ministero della Salute con richiesta di approvazione ai fini dell'ammissione al finanziamento con il fondo di 5 milioni di euro previsto dall'art. 1, comma 806 della legge n. 296 del 27/12/2006 (legge finanziaria 2007) per iniziative nazionali realizzate dallo stesso Ministero della salute.

Si incarica la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico al progetto richieste dal Ministero della Salute in sede di esame del medesimo.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

di approvare il "Progetto Cure Primarie 2010" di cui all'allegato A, parte integrante del presente provvedimento, elaborato nell'ambito della linea progettuale "Sperimentazione del modello assistenziale casa della salute" ex allegato A, n. 1. del Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 23/12/2008 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008" e secondo le caratteristiche e i requisiti indicati dal Ministero della Salute con nota prot. 0012243-P-12/04/2010;

di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute con richiesta di approvazione ai fini dell'ammissione al finanziamento con il fondo di 5 milioni di euro previsto dall'art. 1, comma 806 della legge n. 296 del 27/12/2006 (legge finanziaria 2007) per iniziative nazionali realizzate dallo stesso Ministero della salute;

di incaricare la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari di provvede-

re all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese le eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico al progetto richieste dal Ministero della Salute in sede di esame del medesimo.

## ALLEGATO A - DGR 1417 DEL 18 MAGGIO 2010

*Art. 1 co. 806 legge 296/2006 - Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale: quota destinata ad iniziative nazionali del Ministero della Salute.*

Generalità Regione Proponente: Regione del Veneto

Titolo: PROGETTO CURE PRIMARIE 2010

Durata anno 2010

Referente: Dott. Renato RubinDirigente Unità Complesse Cure Primarie

### CONTESTO

Oggi, l'assistenza territoriale si trova davanti a sfide importanti e difficili da realizzare: l'attuazione della rete assistenziale e l'informatizzazione dell'intero sistema. Vi sono in proposito due nuove condizioni, entrambe codificate nell'ACN per la medicina convenzionata del 29 luglio 2009: le aggregazioni funzionali territoriali e l'obbligo della completa informatizzazione degli studi medici. La prima ha lo scopo di costituire la rete assistenziale verticale/orizzontale della medicina convenzionata (continuità delle cure), superando il concetto del medico che opera individualmente nel proprio studio, per modelli organizzativi che premiano le diverse tipologie di medici in associazione con riferimento ad un determinato bacino territoriale di assistiti. La seconda, per attivare flussi informativi indispensabili alla gestione integrata del paziente e all'interazione professionale con medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, medici ospedalieri e del distretto.

(omissis)

La gestione del paziente deve avvenire attraverso un percorso nell'ambito della rete assistenziale, orizzontale e verticale, i punti di primo intervento e l'assistenza primari, in base alla valutazione del bisogno assistenziale e del sistema d'offerta più appropriato alle esigenze di cura dell'assistito. Il Distretto è il garante della operatività di tale modello assistenziale.

#### A) RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- Rete dei distretti (53) con un bacino di 100mila abitanti
- Assistenza sanitaria di base: in aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- Completamento della rete delle UTAP (tre per azienda), con funzioni anche di coordinamento delle AFT

(omissis)

#### *A1) RETE ORIZZONTALE POTRÀ GARANTIRE:*

- La continuità assistenziale h 12 giornaliera, dal lunedì al venerdì, e dalle 8 alle 12 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'attività degli studi dei MMG;
- Il collegamento degli studi dei MMG con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della aggregazione funzionale territoriale (la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili).

(omissis)

#### *A3) PUNTI DI PRIMO INTERVENTO NELLE AFT*

I medici delle UTAP e delle Medicine di Gruppo, coadiuvati dal Distretto, per i pazienti della AFT di riferimento, negli orari di apertura prestabiliti, supportati da infermieri professionali, effettuano alcune prestazioni diagnostiche, terapia iniettiva, vaccinazioni e prestazioni di primo soccorso che spesso impropriamente accedono al pronto soccorso ospedaliero. Sono inoltre disponibili servizi, quali la prenotazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche direttamente nella sede tramite CUP, la gestione di percorsi assistenziali per patologie croniche in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali. Gli ambulatori della sede sono tutti informatizzati e collegati in rete tra loro e con alcuni presidi dell'Azienda; è attiva la trasmissione diretta dei referti delle analisi di laboratorio (senza che l'assistito debba ritirare le risposte).

109

(omissis)

#### *D) PIANO OPERATIVO:*

- Costruzione della rete assistenziale sia verticale che orizzontale;
- Passaggio dalle attuali forme associative ai nuovi profili assistenziali dei MMG;
- Individuazione delle AFT;
- Indirizzi per la presa in carico dei pazienti nella AFT;
- Assegnazione alle UTAP di compiti di coordinamento della AFT;
- Informatizzazione dell'intero sistema della MC;

(omissis)

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 41 del 18 gennaio 2011

*Attuazione degli AACCNN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi.*

L'Assessore Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il presente lavoro ha lo scopo di consolidare il sistema della Cure Primarie, confermando e sviluppando le scelte strategiche individuate con gli atti di indirizzo regionali e di costituire un riferimento comune per l'implementazione della nuova organizzazione della Medicina convenzionata così come individuata negli AACCNN MC del 2009/2010.

#### *ATTUAZIONE DEGLI AACCNN MC 2009/2010*

Con gli AACCNN in oggetto, sono stati raggiunti i seguenti importanti traguardi:

- compiti e funzioni del medico convenzionato che costituiscono condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSR;
- aggregazioni funzionali territoriali;
- unità complessa cure primarie;
- flusso informativo.

(omissis)

Con il presente atto si indicano le linee strategiche, Allegato A, per il rafforzamento dell'Assistenza Territoriale tramite le Cure Primarie, secondo le modalità individuate negli AACCNN per la Medicina Convenzionata, che saranno oggetto di confronto con le OOSS del settore nelle sedi appropriate.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

110

#### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di approvare le linee strategiche, richiamate nell'Allegato A al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, per il rafforzamento dell'Assistenza Territoriale tramite le Cure Primarie, secondo le modalità individuate negli AACCNN per la Medicina Convenzionata, che saranno oggetto di confronto con le OOSS del settore nelle sedi appropriate;
3. di demandare alla contrattazione sindacale la puntuale definizione della proposta sul documento di cui sopra;
4. di stabilire che, nelle more del completamento del documento sulle Cure Primarie a seguito delle trattative sindacali, le presenti disposizioni costituiscano linee guida per le Aziende sanitarie;
5. di istituire, con decreto del Segretario regionale sanità, una Commissione tecnica con il compito di monitorare e verificare i Patti aziendali;
6. di rinviare a successivi provvedimenti della Giunta Regionale l'attuazione degli atti di competenza del Governo regionale;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

## ALLEGATO A - PROGETTO CURE PRIMARIE 2011/2012

Il presente documento ha lo scopo di rafforzare l'Assistenza Primaria per migliorare il sistema delle Cure distrettuali, riportando a livello regionale il governo delle attività; tale approccio rende il rapporto con i Medici convenzionati certo e stabile e, nello stesso tempo, costituisce il contenuto obbligatorio per l'esercizio della attività in convenzione.

DETERMINAZIONE PROFILO PROFESSIONALE TIPO DEL MAP IN RELAZIONE AI LIVELLI ASSISTENZIALI NECESSARI AGLI OBIETTIVI DETERMINATI DALLA REGIONE PER LE CURE PRIMARIE.

### *PREMESSE*

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il territorio regionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure. In questo ambito, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale interno, vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, che prevedono la rimodulazione dell'offerta assistenziale, sia in termini quantitativi con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi, sia in termini qualitativi con modalità di facilitazione dell'accesso, diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Tramite le forme a Rete delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale), si migliora in particolare la comunicazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere e il MMG, il PLS e lo SAI. in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, alla attivazione e alla partecipazione. Questi obiettivi si realizzano grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di tele consulto e telemedicina. Infine le forme di Rete di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dalla Programmazione Nazionale e Regionale e aumentandone l'adesione degli assistiti. Particolare riguardo va data alla formazione del Medico Convenzionato. Per dare risposta al cittadino anche per le urgenze soggettive e minori e conseguentemente contenere l'affollamento dei pazienti al PS, si devono concretizzare modelli organizzativi innovativi che rappresentino un punto di

riferimento per i cittadini sul territorio garantendo una risposta sanitaria possibilmente 24ore/24, con l'opportunità di usufruire al contempo delle eventuali consulenze specialistiche.

CIÒ COMPORTA UN PATTO RECIPROCAMENTE VINCOLANTE TRA LA REGIONE ED I MEDICI CONVENZIONATI PER SOSTENERE E MIGLIORARE IL SSSR.

Il modello tecnologico-scientifico della medicina moderna si caratterizza per la inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire specialistico. In tale contesto invece la medicina generalista si pone come disciplina autonoma in grado di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

Essa infatti:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza e su una relazione individuale che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità longitudinale delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal contesto specifico in cui sono affrontati;
- si occupa dei problemi di salute acuti e cronici dei singoli pazienti in modo indifferenziato;
- promuove la salute ed il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute;
- tratta i problemi di salute nelle loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, antropologiche.

112

La professione del medico di medicina generale (MMG) prevede quindi funzioni, attività e compiti definiti non solo da conoscenze scientifiche ma anche da abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche che derivano dalle caratteristiche della disciplina, che pone il MMG come attore fondamentale del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari. La medicina generale è infatti il punto di primo contatto medico nell'ambito del sistema sanitario, fornisce accesso ai suoi utenti e tratta tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo e deve essere caratterizzata da flessibilità, integrazione, facilità di accesso e continuità delle cure.

## TIPOLOGIE MEDICO CONVENZIONATO NEL VENETO

La presa in carico mediante l'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la medicina specialistica e ospedaliera, l'individuazione di modelli organizzativi sempre più evoluti, l'appropriatezza, l'informatizzazione, la formazione e, soprattutto, la valorizzazione del patrimonio professionale del medico convenzionato costituiscono gli elementi di qualità del sistema Veneto per le cure primarie.



## PROFILO ASSISTENZIALE:

### Elementi costitutivi:

- complessità assistenziale,
- qualità clinica ed organizzativa,
- accessibilità ed accoglienza,
- appropriatezza.

### Criteri di valutazione

La consapevolezza che i modelli gestionali attuali non sfruttano appieno il patrimonio culturale e/o di competenze (soprattutto nell'area del saper fare).

La consapevolezza che l'esecuzione di visite periodiche strutturate (medicina d'iniziativa) migliora i risultati clinici.

La possibilità di "intercettare" una cospicua percentuale di patologia ancora sul territorio, e ridurre così il carico delle richieste di visita che grava sugli specialisti, il carico di lavoro in assoluto degli specialisti, e quindi le richieste improprie e le liste d'attesa. La possibilità di implementare le diagnosi precoci.

La possibilità di "de-localizzare" i servizi quanto più vicino possibile al cittadino, sfruttando l'aggregazione dei medici e quindi dei pazienti intorno alle forme associative (medicine di gruppo integrate).

La gestione integrata fra assistenza primaria e secondaria, che è efficace più dell'assistenza secondaria da sola e più economica.

La possibilità di una riqualificazione professionale e di carriera per il MMG.

Profilo assistenziale standard = ACN/AIR/NUOVA RETE

Il passaggio al livello superiore deve tener conto anche dei fattori di qualità dei medici interessati.

Profilo assistenziale integrato = ACN/AIR/INTEGRAZIONE CON IL DISTRETTO/ MEDICINA DI GRUPPO

## OBIETTIVI DI SISTEMA:

- sviluppare sul territorio regionale un modello di reti assistenziali, che vedano coinvolti i medici/pediatri di famiglia ma anche i medici di continuità assistenziale e gli specialisti ambulatoriali interni, prevedendo una rimodulazione dell'offerta assistenziali non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori) ma anche rispetto a specifici obiettivi di salute
- completare l'attivazione del flusso informativo/co per le prestazioni relative all'Accordo collettivo nazionale e regionale, al DM del 26 febbraio 2010 (certificati telematici di malattia) e alla gestione dei Patti aziendali e degli obiettivi di sistema.
- dare attuazione alle reti funzionali territoriali (RFT) tramite obiettivi di salute e modalità organizzative del servizio (verso la continuità assistenziale h 12).
- utilizzare tali strumenti soprattutto per le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alla Azienda di appartenenza e, conseguentemente, anche ai MAP.
- contribuire al governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza che ri-

guardano gli interventi considerati necessari ai fini di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale. In questa fase, il ruolo del MAP è fondamentale e ciò comporta un approccio professionale articolato e costituito dal rapporto con i propri assistiti e con i diversi livelli della rete assistenziale in quanto solamente attraverso l'ottimizzazione dei percorsi di cura è possibile raggiungere i risultati attesi.

#### OBIETTIVI APPROPRIATEZZA:

- razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- recupero di appropriatezza delle prestazioni specialistiche;
- recupero di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

#### OBIETTIVI DI SALUTE:

Continuità delle cure, soprattutto, per:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale. Essi necessitano di competenze clinico - gestionali ed assistenziali, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente presi in carico. Il percorso di cura richiede una forte integrazione in team multidisciplinari di cure (medico, infermiere ed assistente sociale) con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come bisogno il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (diabete, asma).

#### MODELLO

Il modello funzionale di riferimento verso cui si orienta il sistema veneto presenta le seguenti dimensioni strategiche:

- il coinvolgimento delle risorse della comunità,
- il supporto all'autocura,
- l'organizzazione in team multiprofessionali,
- il supporto sistematico alle decisioni anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi.

#### RETE ORIZZONTALE

La rete orizzontale potrà garantire:

- la continuità assistenziale h 12 giornaliera, dal lunedì al venerdì, e dalle 8 alle 12 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'atti-

- vità degli studi dei MAP;
- il collegamento degli studi dei MAP con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della RETE (la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili);
- potrà inoltre garantire la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza interna alla RETE (Audit), per la promozione di comportamenti e coerenti con gli obiettivi dichiarati nei Patti aziendali.

## RETE VERTICALE TRA DIVERSE STRUTTURE D'OFFERTA

La rete verticale potrà garantire:

- una effettiva integrazione tra la RETE dei MAP e la struttura informatica aziendale, con la finalità di assicurare una efficace sinergia nella adozione di modalità organizzative idonee a garantire l'assistenza h 24, al fine di consentire:
- l'integrazione informativa con la Continuità Assistenziale,
- l'integrazione informativa a garanzia dell'interazione e della collaborazione con le altre figure professionali della Medicina convenzionata (Specialistica Ambulatoriale Interna, PLS, in un'ottica di miglioramento della presa in carico),
- l'integrazione informativa con l'Ospedale e PS,
- l'integrazione informativa con i Centri servizio,
- l'integrazione informativa con i servizi sociali del Comune.

## ORGANIZZAZIONE MAP NELLA RETE ASSISTENZIALE

Profilo assistenziale standard = NUOVA RETE (MAP n. 2596)

Profilo assistenziale integrato = MEDICINA DI GRUPPO (MAP n. 1.074).

La perdita dei requisiti di qualità può comportare la revoca della Medicina di gruppo integrata.

Le UTAP rientrano nella Rete con funzioni di coordinamento assistenziale ed azioni di supporto.

La Medicina di Gruppo integrata risponde ai requisiti previsti dalle Linee-Guida introdotte dall'ACR (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata, è integrata perché si avvale e gestisce "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Municipalità (es. assistente sociale ed amministrativo), può diventare un soggetto forte operante nel Distretto Socio Sanitario. Tale forma evoluta di collaborazione tra medici costituisce un elemento fondamentale della nuova Rete assistenziale territoriale e la Regione ne favorisce lo sviluppo pianificato.

## FORMAZIONE CONTINUA

Il relativo profilo assistenziale dei MAP sarà valorizzato mediante la comunicazione e la formazione continua, in linea con quanto stabilito nel presente Progetto Cure Primarie, fornite attraverso la RETE, mediante supporto informatico, collegate ai pro-

cessi di sviluppo clinico - organizzativo dell'assistenza primaria e su pacchetti formativi autogestiti anche dagli stessi medici convenzionati.

## SPERIMENTAZIONE NUOVI SISTEMI DELLE CURE PRIMARIE

Le Aziende sanitarie possono presentare richiesta di autorizzazione per progetti innovativi per la gestione delle Cure primarie relativi, soprattutto, a modelli erogativi per obiettivi di salute e a forme di autogestione dell'assistenza primaria.

## IL PATTO-TIPO REGIONALE: CRITERI DI DEFINIZIONE

L'obiettivo è definire una modalità di presa in carico dei bisogni degli utenti, garantendo un'assistenza continuativa nell'arco delle 24 ore da parte di un'équipe multidisciplinare formata da professionalità diverse e complementari; lo scopo è non solo quello di migliorare l'efficacia dell'assistenza, ma anche qualificare maggiormente le attività della medicina territoriale, inquadrando in modo più compiuto il medico di famiglia, e le relazioni di questo con l'azienda, nel sistema sanitario.

La Regione esercita le funzioni di indirizzo, monitoraggio, verifica e controllo, tramite il supporto tecnico di una Commissione nominata con decreto del Segretario regionale alla Sanità.

Le Aziende la gestione dei Servizi per l'erogazione dei LEA.

La contrattazione economica è di esclusiva competenza regionale.

Le Aziende debbono realizzare, tramite il Patto, il Modello per le Cure primarie, qui descritto.

La proposta di Patto va inviata alla Regione per l'approvazione, sentita l'apposita Commissione regionale.

## SCHEMA OPERATIVO:

### OSPEDALE (integrazione)

- Centrale operativa infermieristica: supporta con i Medici di Famiglia il coordinamento dell'assistenza domiciliare delle dimissioni protette, della continuità assistenziale e il costante collegamento con i medici.

### DISTRETTO

- Piano attuativo locale e Patti aziendali. Centri di cure primarie: punti prelievo e poliambulatorio. UVMD.

### RESIDENZIALITÀ INTERMEDIA

- gestita dal MAP in Ospedale di comunità, RSA e Centri servizi.

## ADI

- Equipe infermieristica ADI: eroga l'assistenza sanitaria a livello domiciliare o ambulatoriale su indicazione del MMG o secondo il piano concordato in UVMD.

## ASSISTENZA PRIMARIA

- UTAP/GRUPPO integrato e nuova RETE debbono garantire: punto unico d'accesso al sistema > gestione del percorso del paziente > informatizzazione degli studi medici ed operatività flussi informativi > organizzazione in Rete Funzionale Territoriale orizzontale e verticale > continuità dell'assistenza h12 e h24 > obiettivi e indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità ed accoglienza, di appropriatezza.

## RISORSE:

- AIR: Nuova Rete 4,70/Ass.; Medicina di gruppo integrata 10,10/Ass.
- PATTI AZIENDALI: Quote A e B (3,10 + 1,35).
- APPROPRIATEZZA: Quote C (riallocazione di risorse) e D (fornitura beni e servizi), a risultato conseguito
- ACN. 0,81/assistito.
- Oneri informatizzazione.

## Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1666 del 18 ottobre 2011

*Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 - medicina generale.*

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il futuro della sanità è sempre più proiettato sul Territorio con la valorizzazione dell'assistenza primaria (medici di base e specialisti) nel ruolo cardine del futuro dell'assistenza.

Per rispondere a tale prospettiva e per conseguire i suddetti obiettivi fondamentali il Sistema Socio - Sanitario Veneto deve impegnarsi nell'attuazione di una ineludibile inversione, sotto il profilo sia programmatico che operativo, del processo assistenziale alla persona, con salvaguardia della continuità assistenziale ed in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria:

- sistema delle assistenze domiciliari,
- sistema delle assistenze ambulatoriali,
- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere.

Un sistema socio-sanitario in cui le parti componenti dello stesso - le Aziende sanitarie territoriali - gestiscono i servizi sanitari e sociali del processo assistenziale, ponendosi obiettivi di salute tenendo conto delle risorse disponibili. Il suddetto sistema socio-sanitario deve basare le proprie prospettive configurandole, per quanto attiene agli assetti programmatori, sulla epidemiologia della popolazione di riferimento; essa

deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatoria, strutturandola sugli standard più elevati delle attuali specifiche conoscenze.

L'inversione del processo assistenziale alla persona va realizzato attraverso alcune azioni, quali:

- coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di famiglia. Ci deve essere un reale coinvolgimento "forte" dei medici di medicina generale nella definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e nella concreta integrazione con i colleghi medici dipendenti, prevedendola in sede di accordi a livello regionale e realizzandola nell'ambito territoriale di ciascuna ULSS, con assunzione da parte degli stessi della piena responsabilità sui risultati da raggiungere (Patti e Contratti Aziendali). Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie (MCP) è la chiave di volta della continuità assistenziale. Il MMG deve essere valorizzato, ma al contempo va responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al S.S.N. da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equiordinata al generale principio del "rendere conto" da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con il budget assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici degli assistiti.
- Necessaria è la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la standardizzazione in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema socio-sanitario. A tale proposito si rende sempre più necessario che vengano adottati indicatori/misure di risultato di salute espliciti da parte dell'organizzazione sanitaria.
- Si dovrà avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale che si realizzi con:
  - il rafforzamento e il consolidamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitario, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale. È in merito necessaria, a livello programmatorio, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati;
  - il completamento, anche nella prospettiva di una sua indifferibile riqualificazione, ed il potenziamento della Rete residenziale e semi residenziale extraospedaliera sia per l'assistenza intensiva che estensiva.
  - lo sviluppo e il consolidamento dell'assistenza domiciliare nelle diverse forme, con particolare riferimento all'ADIMED ed alla ospedalizzazione domiciliare.
  - razionalizzazione dell'assistenza specialistica per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico utilizzando possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio). Parallelamente ad un uso più efficiente delle prestazioni in alcuni specifici settori, va

perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico.

Riorganizzazione dell'assistenza primaria. DGR n. 41 del 18.11.2011.

Da medico solitario a professionista integrato, in un sistema di condivisione e flessibilità che gioverà ai pazienti e alle loro famiglie. Questa la peculiarità del modello di assistenza primaria che permetterà di garantire una migliore accessibilità ed affrontare pazienti sempre più «consumatori di assistenza.” Di fronte a soggetti con patologie multiple, persone sane i cui stili di vita scorretti gravano sulla loro salute futura e un'età media dei pazienti in progressivo aumento (si prevede che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni veneti raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%) con conseguente incremento dei problemi di salute correlati, oltre che alla malattia, anche ad autonomia, disabilità e complessità gestionale, assume fondamentale importanza la proposta di nuovi modelli di accessibilità alle cure primarie capaci di rispondere alle diverse esigenze degli utenti. La soluzione individuata nella proposta operativa della Regione Veneto è orientata ad una riorganizzazione delle cure primarie in vere e proprie forme di Rete di assistenza che, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, possano favorire lo scambio di informazioni cliniche e di conseguenza la continuità assistenziale tra i diversi livelli - preventivo, ospedaliero, territoriale - garantendo una visione integrata delle problematiche e centrata sulla persona nel suo processo di cura. Una riorganizzazione volta ad una valorizzazione del territorio e del ruolo specifico e centrale del medico di famiglia operante in quel territorio. La svolta di un sistema che non sia più ospedale-centrico ma che investa sul territorio e indichi la strada da intraprendere per il futuro professionale. Si tratta di un traguardo che è frutto di una cultura associativa che si concretizza nella realizzazione di Reti in grado di fornire un servizio 24 ore su 24 per il miglioramento della qualità della salute di tutta la popolazione veneta.

L'obiettivo della Regione è quello di un'organizzazione distrettuale delle cure primarie che possa fungere da soggetto regolatore per il medico di famiglia, il quale si troverà quindi all'interno di un sistema razionale oltre che relazionale con i propri pazienti.

Dalle migliori pratiche aziendali risulta che le forme aggregative (soprattutto, Medicina di Gruppo Integrata) sono in grado di sviluppare effettivamente la Rete dell'Assistenza primaria. Pertanto, l'azione regionale si orienta su tale scelta che verrà attuata gradualmente in relazione all'ulteriore crescita professionale della Medicina convenzionata e alla riallocazione di risorse dall'Ospedale al Territorio.

Elementi essenziali del Progetto per la Riorganizzazione della Medicina generale:

- Obiettivo: garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, attraverso lo sviluppo della Rete delle Medicine di Gruppo Integrate.
- Quadro di riferimento: il Progetto è l'espressione delle migliori pratiche aziendali nell'Assistenza primaria, deriva da una analisi della situazione esistente (tutta la documentazione è agli atti della struttura regionale competente) ed è conforme ai principi di cui all'articolo 8, comma 1, lettera e) e f) del D lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Il Documento, "Allegato A", costi-

tuisce applicazione innovativa dell'impianto normativo delineato dallo stesso D lgs n. 502/92. Tiene conto dei principi fissati nel nuovo PSN e degli indirizzi del PSSR 2012 - 2014 il cui DdL è all'esame del Consiglio regionale.

- Modello: descritto nel documento allegato - "Allegato A" - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata.
- Attuazione: tavoli tecnici con le OOSS, su aree sistema. Selezione e avvio di sperimentazioni per verificare l'efficacia del modello delineato dagli indirizzi regionali.
- Tempi: 2012-2013-2014.
- Monitoraggio e Verifica: attraverso l'Organismo Tecnico
- Monitoraggio Piani Aziendali: attraverso la Commissione regionale Cure Primarie.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. di approvare il Documento descritto nell'elaborato allegato - "Allegato A" - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;
2. di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00.= - 2013: euro 13.803.618,00.= - 2014: euro 20.705.427,00.=;
3. di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme della medicina di gruppo senza sede unica saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;
4. di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un Organismo Tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto e verifica annuale dell'andamento delle stesse;
5. di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare i Piani Aziendali Sviluppo Cure Primarie e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;
6. di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione il presente atto.



# ALLEGATO A - ALLA DGR N. 1666 DEL 18 OTTOBRE 2011

*Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n. 41 Del 2011 - medicina generale.*

## 1 IL CONTESTO

Il presente documento esplicita il quadro di riferimento per l'Assistenza Primaria delineato dalla DGR n. 41 del 18.1.2011.

Per riorganizzare l'Assistenza Primaria è necessario tener conto del contesto formato dal vigente sistema delle Cure Primarie e dei nuovi indirizzi formulati nel documento di PSSR 2012 - 2014, approvato dalla Giunta Regionale e, ora, all'esame del Consiglio.

## 2 ASSISTENZA PRIMARIA: IL MODELLO DI RIFERIMENTO

Per conseguire gli obiettivi di assistenza definiti negli atti di programmazione regionale, progressivamente è stato costruito nel corso del tempo un modello organizzativo e funzionale di Distretto Socio Sanitario, costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ambito delle quali operano i MMG nelle forme associative previste (Medicina di gruppo integrata, quale punto di riferimento della rete delle AFT) e, per consentire una maggiore operatività, coordinati in team funzionali. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

121

### 2.1 LA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA, DESCRIZIONE

In letteratura e nell'esperienza operativa, il modello strutturale, organizzativo e funzionale dell'Ospedale risulta ben definito; molto rimane ancora da delineare per quanto riguarda il Territorio. Pur esistendo precisi riferimenti teorici e normativi sui principi, sugli elementi principali, sui livelli e sulle caratteristiche operative del Territorio (Primary Care o Assistenza Primaria), le realizzazioni pratiche fino ad oggi attuate hanno sofferto di notevole incertezza e variabilità. Sia i Distretti socio sanitari che la Medicina di famiglia non hanno ancora trovato, nelle maggior parte delle realizzazioni pratiche, un modello organizzativo omogeneo e pienamente rispondente ai bisogni di salute dei cittadini.

La ricerca di questi modelli si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- adottare l'orientamento della Organizzazione Mondiale della Sanità verso il "care near to patient", ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità, della validità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;
- assumere una visione in cui il Territorio sia caposaldo della cronicità e l'Ospedale

sia caposaldo dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale;

- riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del Territorio, le caratteristiche operative dell'Assistenza Primaria, la quale è: generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione; olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

La pratica attuazione dei principi suesposti è facilitata dall'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo Aziendale il quale, sulla base di una informatizzazione sempre più spinta a tutti i livelli, già oggi permette un'ampia condivisione del fascicolo socio sanitario di ogni assistito tra l'Ospedale, i Servizi del Distretto e del Comune di residenza ed il Medico di famiglia.

In prima istanza diventa quindi strategico porre l'enfasi sulla capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete sociosanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. È questa una programmazione che trova definizione nel Territorio e che non si limita alla mera razionalizzazione della spesa secondo parametri centralistici privi di una corrispondenza locale.

Il modello di riferimento, esito delle esperienze in corso, per lo sviluppo delle Cure Primarie (Medicina di Famiglia) risulta coerente agli indirizzi strategici regionali e funzionale al perseguimento gli obiettivi di programmazione territoriale attraverso:

- un approccio al Territorio caratterizzato da una programmazione triennale della domanda e dell'offerta coerente con i bisogni di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un Piano delle Cure Primarie quale strumento di governo unitario delle politiche per la salute e delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza;
- la progettazione di modelli organizzativi per migliorare e razionalizzare l'accessibilità all'assistenza primaria su tutto il territorio aziendale, utili a garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multiprofessionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti.

Queste azioni si inseriscono in un contesto di riferimento più ampio, regionale, nella prospettiva di consolidare e sviluppare gli orientamenti già espressi e di prevedere una loro possibile evoluzione.

Nel lungo periodo l'assistenza primaria dovrà progressivamente essere in grado di:

- migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione;
- affrontare la cronicità e la comorbidità;
- favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza).

- Nel richiamato PSSR 2012-2014 sono obiettivi strategici da perseguire:
- la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
- la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
- la sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.

Di qui la necessità di sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, che faciliti prioritariamente:

- la costituzione di team multiprofessionali bene integrati;
- la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse figure professionali;
- la presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva;
- un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
- la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario.

### 3 ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

#### 3.1 AGGREGAZIONI FUNZIONALI

Il modello organizzativo che viene qui descritto è parte del processo di implementazione della Medicina di Gruppo Integrata, sostiene lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, lungo le 12 ore, alle richieste dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale.

I nuovi principi fissati dalla DGR 41 del 18.1.2011 vengono accompagnati dalle indicazioni operative contenute nel presente documento.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione, tra gli studi medici in esse presenti.

Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Le Aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento all'ambito di scelta e comunque intra distrettuale; popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 15/20, organizzati in team. L'estensione territoriale della AFT risulterà dalla convergenza di due fattori: limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità; caratteristiche morfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).

Si prevede l'attivazione di 3 AFT per ciascuno dei 53 Distretti attualmente presenti, per un totale di 159 AFT in tutto il territorio regionale.

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere del Comitato Aziendale. La delibera individuerà i nominativi dei MMG facenti parte della AFT. Entro trenta giorni dalla costituzione della AFT, i medici che ne fanno parte designano,

mediante consultazione avviata dalla Azienda, il Medico coordinatore che sarà nominato dal Direttore Generale, in base alle procedure definite nel Comitato aziendale.

### 3.2 COMPITI ED ATTIVITÀ DEL MMG NELLE AFT

Nelle AFT i medici di Medicina Generale garantiscono: compiti ed attività previsti nell'ACN e nell'AIR.

Tutto ciò è attuato, nella fase transitoria, attraverso i Medici, nelle modalità in cui sono organizzati:

- Medicina di Gruppo anche integrata con o senza sede unica;
- Rete, Associazione semplice e Singolo.

### 3.3 RETE, ASSOCIAZIONE SEMPLICE E SINGOLO

Nelle AFT operano i medici attualmente in rete, associazione e singoli e vi aderiscono allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
- avvalersi, nelle proprie attività, del Distretto di riferimento, come erogatore di servizi e funzioni utili al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e condividere i relativi indicatori;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

L'AFT, al fine di assicurare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, con particolare attenzione a quelli cronici e fragili, può rimodulare al proprio interno il carico assistenziale di ciascun medico.

### 3.4 FORME ASSOCIATIVE EVOLUTE

Le forme associative concorrono all'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire

assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di *Sistemi Operativi*, coordinando le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali

(ammissioni e dimissioni protette), in costante collegamento tra i medici di famiglia. Le forme associative possono essere classificate nel seguente ordine:

- Medicina di Gruppo/Integrata con sede unica: indennità base: euro 10,10 + 3,10 + 1,35 = euro 14,55 ass./anno più contratto di esercizio.
- Medicina di Gruppo senza sede unica: indennità base: euro 6,00 + 3,10 + 1,35 = euro 10,45 ass./anno più contratto di esercizio.

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (l'attivazione di tale forma associativa è sottoposta ad autorizzazione della Giunta Regionale)

Il modello organizzativo di riferimento che viene proposto per una riorganizzazione territoriale complessiva della Primary Care, è rappresentato dalla Medicina di Gruppo Integrata, che:

- è Medicina di Gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee-guida introdotte dall'ACR per la Medicina Convenzionata (DGR n.4395 del 30/12/2005);
- è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
- coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle UTAP e delle altre esperienze associative evolute della Medicina Generale e li diffonde su tutto il territorio.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'assistenza primaria in quanto:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- rappresenta un nodo di una rete ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

Sul piano operativo, si possono così declinare i compiti per ciascuna area, che saranno definiti con apposito

Contratto d'esercizio:

a) Prevenzione

- vaccinazione nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute, anche attraverso l'applicazione di metodiche di counselling. Un ambito di specifico interesse riguarda la prevenzione del rischio cardiovascolare, fondata su strategie innovative che

coinvolgono altre figure professionali, nonché supportate dall'utilizzo/coinvolgimento di "risorse" della Comunità (es. palestre e luoghi di ritrovo, associazioni di volontariato, organizzazioni sociali, ecc.).

b) Prestazioni e processi assistenziali

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
- trattamento delle patologie a maggiore prevalenza e di competenza della medicina generale;
- procedure tecniche mediche e trattamento dei problemi più comuni;
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto per problemi psicosociali e problemi "senza diagnosi".

c) Gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute e a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);
- adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
- presa in carico della terminalità e del paziente fragile, attraverso l'implementazione della apposita scheda;
- gestione della domiciliarità, delle dimissioni protette, delle cure palliative.

d) Integrazione socio sanitaria

La presenza dell'Assistente Sociale nelle Medicine di gruppo facilita la collaborazione tra la Medicina di Famiglia, gli Enti Locali, il Distretto e le Organizzazioni Sociali e del Volontariato in modo da riuscire a rispondere in forme e modi diversi alle complessità socio sanitarie delle persone e delle famiglie.

Inoltre, nella sede della Medicina di Gruppo, possono essere garantite le seguenti funzioni:

- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle
- con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso.

## Medicine di gruppo senza sede unica

*(solo per la fase transitoria e fino al 31.12.2013)*

Per consentire lo sviluppo pianificato delle forme associative evolute, determinato dalla esigenza di garantire uno standard per l'Assistenza primaria compatibilmente

con lo sviluppo della Medicina convenzionata, viene introdotta in via sperimentale la Medicina di gruppo senza sede unica. Al fine di assicurare una migliore disponibilità del servizio, di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di favorire una presenza organizzata e possibilmente omogenea, di assicurare una miglior continuità assistenziale e di sperimentare interventi di razionalizzazione della spesa, programmazione, prevenzione, educazione sanitaria, audit, ricerca, ( ...) al medico in MEDICINA DI GRUPPO SENZA SEDE UNICA, viene chiesto:

1. di aderire al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana, per quanto possibile su prenotazione, salvo le urgenze;
2. di impegnarsi a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo;
3. di coordinarsi per l'effettuazione delle visite domiciliari, al fine di una prestazione più pronta;
4. di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo o, eventualmente nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
5. di gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
6. di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire, su richiesta e con il consenso del paziente, l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;
7. di utilizzare, da parte di ogni medico, sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi Regionali e/o Aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dal medesimo Gruppo;
8. di adottare linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e nell'ambito delle attività di formazione professionale dei Medici di Medicina Generale;
9. di realizzare ulteriori possibilità assistenziali per quanto riguarda gli aspetti organizzativi in relazione ai bisogni della salute della popolazione o a forme di sperimentazione organizzativa del servizio che saranno concordate di volta in volta con l'Azienda;

### 3.5 CONTRATTO DI ESERCIZIO

Il contratto di esercizio stipulato tra l'Azienda e la Medicina di Gruppo Integrata costituisce lo strumento attraverso il quale vengono concordate con il Distretto le modalità d'uso dei fattori produttivi per consentire l'erogazione delle prestazioni aggiuntive che favoriscano la riallocazione di processi assistenziali nel territorio identi-

ficando le risorse necessarie.

### 3.6 ORARIO DELLA FORMA ASSOCIATIVA DELLA MEDICINA DI GRUPPO SENZA SEDE

Il Medico di Famiglia organizzato in Medicina di Gruppo senza sede è tenuto a garantire attraverso accordi interni ai componenti della AFT/team, la disponibilità oraria complessiva (nello studio e per le attività esterne) di 32 ore ripartite nei sei giorni della settimana, dal lunedì al venerdì e sabato come da contratto.

Viene considerato orario aggiuntivo quello utilizzato nelle attività compatibili in Centri servizi, Ospedali di comunità, Hospice, aggiornamento, medico formatore e altro. Tali incarichi, vengono retribuiti secondo tariffe prestabilite. La copertura assistenziale di otto ore giornaliera del team è assicurata attraverso il coordinamento degli studi dei medici in gruppo.

Gli obblighi di rintracciabilità (dalle ore 8 alle ore 20.00), sono a carico della AFT/team e la responsabilità individuale è determinata in base all'organizzazione del lavoro risultante dalla carta dei servizi, sottoscritta da tutti i medici del team ed esposta in ogni studio medico.

Per quanto riguarda l'orario della Medicina di Gruppo con sede si rinvia agli indirizzi regionali sulla costituzione di tale forma associativa; invece, per i medici in rete, associazione semplice e singolo, si rimanda all'Accordo Collettivo Nazionale.

### 3.7 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

128

Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) partecipa alle attività delle AFT, utilizzando 14 ore a settimana in attività diurna per la gestione di obiettivi prioritari di salute e collaborando, soprattutto, con le Medicine di Gruppo Integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive. L'Amministrazione Regionale verificherà la possibilità di stabilizzare l'incarico in convenzione dei MCA, in possesso dell'attestato di idoneità alla attività di MMG o titolo equivalente, a tempo indeterminato (per tendere, in prospettiva ad un ruolo unico della medicina generale).

Oggi esistono le condizioni per una riprogettazione integrata, fra Ospedale e Distretto, degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle Cure Primarie ed ottimizzare l'attività del Pronto Soccorso. Gli obiettivi da perseguire sono fondamentalmente due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di assistenza del cittadino anche quando, per motivi diversi, è stata erroneamente indirizzata. Per far ciò è necessario organizzare e supportare l'Assistenza Primaria, ed in particolare la Medicina Generale, come sopra proposto, facendo in modo che possano sempre più rappresentare per il paziente una valida alternativa al P. S. e garantendo il miglior inquadramento clinico - terapeutico ad oggi possibile. In questo caso i Medici di Continuità Assistenziale possono svolgere, nella Medicina di Gruppo Integrata, attività finalizzate alla copertura oraria H12 e all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.



### 3.8 PRINCIPALI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (ELENCAZIONE A TITOLO INDICATIVO)

Le principali prestazioni aggiuntive riguardano:

- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso

### 3.9 PRINCIPALI PRESTAZIONI NON DIFFERIBILI (ELENCAZIONE A TITOLO INDICATIVO)

Le principali prestazioni non differibili interessano le prestazioni ambulatoriali e quelle a domicilio.

*Prestazioni ambulatoriali:*

- piccole urgenze ambulatoriali,
- ricettazione urgente di farmaci.

*Prestazioni a domicilio:*

- visite domiciliari urgenti per garantire la continuità assistenziale a:
- patologie acute (per es. coliche),
- pazienti dimessi dall'ospedale e con necessità di prestazioni assistenziali particolari,
- pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI).

## 4. GOVERNO DEL SISTEMA

### 4.1 AREE PRIORITARIE

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo di progetti di appropriatezza sono:

- Area dei ricoveri ospedalieri
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

I progetti di appropriatezza devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano di

attività dell'Azienda, sviluppato in relazione alla DGR 3140 del 14.12.2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali.

## 4.2 OBIETTIVI DI SALUTE

Rientrano tra i compiti affidati dai relativi Progetti obiettivo (ad esempio, Diabete) alla Medicina generale. (Quota C dei Patti).

## 4.3 RISORSE

Si prevede di costituire un Fondo alimentato da risorse del capitolo 60009 del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00 - 2013: euro 13.803.618,00 - 2014: euro 20.705.427,00.

Il quadro di spesa non comporta la crescita dei trattamenti economici anche accessori dei Medici Convenzionati (vietata dall'articolo 16 comma 1 lettera b D.L. 6 luglio 2011 n. 98) trattandosi di modalità organizzative necessarie alla razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini di garantire i LEA con le risorse disponibili.

## 4.4 TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE

Considerato che il miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi e nell'assistenza rappresenta un obiettivo strategico perseguito dalle Aziende ULSS, si rende necessario estendere nel biennio 2012-2013 (fase transitoria) il modello sopra descritto a tutta la popolazione veneta, prevedendone la messa a regime dal 2014.

La Regione valuterà la possibilità di attivare sperimentazioni gestionali per verificare direttamente l'efficacia delle azioni previste dal presente documento.

## 4.5 RISULTATO DI GESTIONE

Il risultato di gestione in caso positivo può comportare, per una parte, le risorse per alimentare il processo di sviluppo dell'Assistenza primaria e il riconoscimento della quota D dei Patti; diversamente, se negativo, la revisione del Piano aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria.

# Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1510 del 31 luglio 2012

Medicina generale. Modalità di attuazione D.G.R. n. 1666 del 2011.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La nuova riforma del SSSR è finalizzata a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'offerta di prestazioni dall'Ospedale e dal Territorio, governando la domanda secondo principi di appropriatezza.

Le azioni da avviare riguardano la messa in rete del sistema d'offerta, l'informatizzazione dell'intero percorso assistenziale, la presa in carico dell'assistito, la valutazione del bisogno e la definizione del progetto assistenziale individuale (PAI).

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'im-

mediata post acuzie, mentre la tutela della salute dei cittadini nel rispetto dei LEA, con particolare riguardo alla gestione della cronicità, delle malattie oncologiche e dei pazienti fragili, viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di ridefinire la funzione ospedaliera e, da un altro, di consolidare un modello territoriale di risposta e presa in carico H24.

L'analisi dell'offerta in termini di strutture ospedaliere e di strutture residenziali socio-sanitarie porta ad enucleare alcuni aspetti strategici di sistema per la nuova programmazione regionale:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera in forma omogenea sul territorio regionale, riaggregando le strutture in modo tale da garantire efficienza e, al contempo, sicurezza per il cittadino e per i professionisti;
- la riconversione di strutture ospedaliere dismesse, finalizzandole ad un processo di potenziamento dei servizi territoriali e restituendole alla Comunità con una valenza sociale-sanitaria. L'attuazione di queste riconversioni nei diversi contesti presuppone un processo di concertazione con le Amministrazioni Locali in merito alla destinazione d'uso delle strutture;
- la valorizzazione, in un'ottica di sistema, delle strutture extraospedaliere, che annoverano un numero di posti letto quasi doppio di quelli ospedalieri e che possono rappresentare, se utilizzate al meglio delle possibilità assistenziali, una leva fondamentale nel processo di riorganizzazione dei livelli di assistenza garantendo al contempo costi sostenibili;
- la ridefinizione delle funzioni e degli standard delle strutture a carattere temporaneo, in particolare le strutture intermedie, con adeguamento ai mutati bisogni assistenziali e con potenziamento a fronte della ridefinizione dell'offerta ospedaliera.

La nuova programmazione socio-sanitaria regionale ha individuato nel Territorio una scelta operativa strategica e tutte le componenti dell'assistenza distrettuale sono orientate a garantire una risposta e presa in carico H24, 7gg su 7, per realizzare la continuità dell'assistenza e la rete assistenziale (integrazione Ospedale-Territorio).

### *MEDICINA CONVENZIONATA*

La Medicina Convenzionata è fondamentale per garantire la presa in carico globale ed integrata dell'assistito, l'appropriatezza e la qualità del Sistema, attraverso un nuovo rapporto basato sull'interazione con tutta la filiera assistenziale, mediante le medicine di gruppo integrate, avendo a disposizione i fattori produttivi (tra i quali, personale di segreteria, OSS ed infermieri), nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Vista la complessità assistenziale che grava sul medico convenzionato, va pianificata l'offerta appropriata in termini di accessibilità, qualità e risorse. Il sistema descritto identifica chi ha il compito della presa in carico dell'assistito e della definizione del Progetto assistenziale individuale (PAI), garantendo un percorso secondo i diversi livelli di intensità di cura in relazione alla centralità della Persona proprio nella fase della malattia. Fondamentale è l'apporto della programmazione regionale e aziendale (Piani) e del sistema informativo/co integrato. Altrettanto importante è il collegamento con l'Ospedale e con i Servizi sociali dei Comuni:

questo per costituire una rete assistenziale sia orizzontale che verticale, in grado di fornire una risposta appropriata ai bisogni del paziente. La Medicina di famiglia deve poter diventare parte fondamentale del SSSR, condividendo una nuova organizzazione del lavoro che dia al medico convenzionato il ruolo effettivo di primo accesso al sistema, con le risorse occorrenti a conseguire gli obiettivi di salute per una sanità di qualità.

### *MODELLI ORGANIZZATIVI*

La Rete assistenziale distrettuale è composta dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che rappresentano il modello organizzativo funzionale di riferimento per una popolazione di circa 30.000 persone, e sono costituite da medici convenzionati e da altri operatori sanitari ed amministrativi. Sono strutture di riferimento della Rete, le Medicine di gruppo integrate ed il Sistema, così determinato, realizza i seguenti obiettivi:

- persegue il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici di assistenza primaria, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati e altri operatori socio-sanitari;
- si rapporta, oltre che con il Distretto, con l'Ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- realizza un processo organizzativo che garantisce l'assistenza sanitaria di base e la diagnostica di 1° livello, realizzando la continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7;
- si integra con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici;
- utilizza, in particolar modo nelle località logisticamente disagiate, gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente;
- utilizza supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento;
- sviluppa la medicina d'iniziativa al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria e l'empowerment del paziente.

Il Sistema è il risultato dell'applicazione degli indirizzi regionali descritti nei provvedimenti di riferimento: DD.G.R. n. 41 e n. 1666 del 2011.

Con il presente provvedimento, accogliendo le osservazioni formulate durante gli incontri tecnici con le Parti interessate sul Progetto per l'Assistenza Primaria, s'intende approvare le modalità operative della D.G.R. n. 1666/11, riportate nel documento Allegato A) al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di approvare le modalità operative per l'attuazione del Progetto di sviluppo dell'Assistenza Primaria, D.G.R. n. 1666/11, riportate nel documento Allegato

- A) al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, modificando contestualmente la vigente disciplina in questione;
3. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto in essa disposto;
  4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
  5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

## ALLEGATO A - ALLA DGR N. 1510 DEL 31 LUGLIO 2012

*Assistenza primaria - DGR n. 1666 Del 2011. Modalità operative.*

Con il presente documento si definiscono le modalità operative degli atti regionali di indirizzo, DGR 1666/11, al fine di consentire un appropriato ed uniforme sviluppo del Progetto Assistenza Primaria.

### *1. Fasi operative: anno 2012*

Luglio - Settembre:

- approvazione Piani aziendali da parte della Regione con atto in corso di adozione che andranno rimodulati dalle Aziende in base alle presenti indicazioni.
- Finanziamento prima tranche.
- Ricevimento delle dichiarazioni dei MMG di adesione alle Forme associative, da ciascuna Azienda.
- L'istituzione delle Medicine di gruppo integrate - MdGI va comunicata alla Regione per l'approvazione.
- Ottobre:
- autorizzazione dell'Azienda all'attivazione delle forme associative secondo l'ordine di priorità definito dai Piani aziendali e sentito il Comitato aziendale della Medicina Generale.

### *2. Piano aziendale per lo sviluppo della medicina convenzionata*

Il Piano Aziendale per il potenziamento della medicina convenzionata va elaborato/rimodulato attraverso incontri tecnici con i MMG, prevedendo di acquisire il parere favorevole del Comitato aziendale della Medicina Generale.

Contenuto essenziale di detto Piano è: la pianificazione delle forme associative previste, autorizzate ed attivate, la quantificazione dei costi e l'individuazione delle MdGI/UTAP già attivate e da adeguare in base ai nuovi standard regionali.

Una volta rimodulato, il Piano aziendale sarà sottoposto a monitoraggio e verifica regionale: a tal fine verrà costituito un gruppo tecnico, composto da esperti della MC indicati dal Comitato regionale MG.

### 3. *Aggregazioni Funzionali Territoriali*

Sono organizzazioni funzionali e non strutturali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei MMG.

Attraverso l'apporto dei Medici di Continuità Assistenziale nella AFT si attua l'H24 e, a tale scopo, verrà realizzato un progetto sperimentale per l'integrazione della CA nelle AFT.

### 4. *Coordinatore della AFT*

Questo ruolo è individuato sulla base dell'organizzazione della Medicina convenzionata definita dal Piano aziendale; opera in integrazione con il Distretto. È eletto tra i MMG della AFT che sono tutti eleggibili, con modalità concordate tra le OO.SS. e la Regione; tale incarico sarà di durata fino al 31.12.2013. Può essere revocato su istanza della maggioranza dei medici della AFT. Il riconoscimento economico sarà determinato dal carico di lavoro su standard definiti dal Comitato regionale della Medicina Generale.

### 5. *Forme associative*

Per il periodo sperimentale 2012/2013 possono essere attivate le seguenti forme associative:

- medicina di gruppo integrata/UTAP, euro 10,10/Ass./Anno + euro 10,10/Ass./Anno per contratto di esercizio per attività integrate a favore degli assistiti della AFT;
- medicina di gruppo, euro 10,10/Ass./Anno ed eventuale contratto di esercizio per prestazioni aggiuntive a favore degli assistiti del gruppo;
- rete organizzata in team, euro 6,00/Ass./Anno, per prestazioni non differibili a favore degli assistiti del team di riferimento.

I requisiti/standard sono determinati dagli atti di indirizzo regionali e il loro possesso è indispensabile per il riconoscimento, valutazione e mantenimento della forma associativa.

Il personale di segreteria, OSS ed infermieristico potrà essere fornito anche attraverso il Distretto non appena stabilizzato il modello organizzativo di riferimento, secondo standard programmati sulla base del carico assistenziale dei MMG ed approvati dal Comitato regionale MG.

Tale modello può trovare specifiche condizioni attuative, in via di eccezione, per situazioni di disagio territoriale od organizzativo individuate dal Comitato aziendale MG in deroga alle tipologie delle forme associative sopra indicate, con il fine di perseguire gli obiettivi aziendali. Le diverse soluzioni rientrano nei fondi del presente progetto.

(omissis)

## 11. Formazione continua

Sarà attivato un gruppo tecnico composto da Dirigenti regionali e aziendali, Medici di MG ed esperti di formazione, per individuare le modalità necessarie all'attuazione del Progetto AP, partendo, anche, dagli elementi innovativi della Formazione continua in corso di svolgimento e orientandola verso il processo di cambiamento delle Cure Primarie. Il tutto con lo scopo di sostenere l'integrazione tra Distretto e MC mediante iniziative di formazione condivise, salvaguardando l'autonomia della stessa MC in termini di ruolo, obiettivi, azioni e risorse. A tal fine, verrà attivato un corso di formazione, previa definizione del profilo del coordinatore di AFT, congiunto tra Operatori del Distretto e delle AFT finanziato, quale azione di supporto, con risorse regionali.

(omissis)

## LEGGE REGIONALE 23 DEL 2012

*"Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016".*

Il Piano Socio-Sanitario 2012 - 2016, approvato con Legge Regionale n. 23 del 2012, è costituito da 5 capitoli.

Il primo, nominato "Il contesto", illustra gli elementi di cornice istituzionale, i nuovi livelli essenziali di assistenza, lo scenario socio-demografico e epidemiologico, le potenzialità delle strutture socio-sanitarie e le criticità da affrontare.

Il secondo capitolo, rubricato "Costruire la programmazione regionale", espone i riferimenti per una programmazione in Veneto, l'umanizzazione dell'assistenza, un piano integrato per lo sviluppo del sistema, un patto con una comunità competente e partecipe e le relazioni socio-sanitarie internazionali.

Il terzo capitolo, con oggetto "Gli ambiti della programmazione", si occupa di assistenza territoriale, ospedaliera, specialistica, farmaceutica, protesica, di promozione della salute e prevenzione delle malattie, di aree di intervento sociale e sanitario.

Il quarto capitolo, intitolato "Strumenti a supporto del governo del sistema", tratta il tema della qualità e sicurezza delle prestazioni socio-sanitarie, della ricerca e innovazione, delle azioni per la valorizzazione delle risorse umane, e di un cruscotto del governo e di strumenti della programmazione aziendale.

Il quinto capitolo analizza il sistema dei finanziamenti.

Di seguito viene riportato uno stralcio, di interesse per il presente lavoro.

## 3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE

Nell'ambito di sistemi così complessi, com'è quello socio-sanitario, il concetto di rete appare il più idoneo ad essere utilizzato. Si tratta di un approccio che trova tre dimensioni di senso:

- il fare rete nell'accezione collaborativa tra professionisti, ma anche tra soggetti diversi;
- il mettere in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche;
- l'organizzare in rete ossia l'individuazione di modelli che mettano in relazione funzionale strutture di gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.
- Sulla scorta di queste considerazioni si individuano tre macro-obiettivi lungo i quali si declinano le scelte strategiche regionali:
- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie;
- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta).
- Più in dettaglio si prevede lo sviluppo di modelli *hub & spoke*, definendo il ruolo che le strutture verrebbero ad assumere per le funzioni assistenziali negli ambiti specifici: sulla base dei volumi di attività adeguati a mantenere la competenza professionale degli operatori (es. procedure/interventi effettuati per anno), sulla presenza di specialità di supporto, sulla tipologia di pazienti ricoverati (es. elevata complessità della patologia), sulla valutazione degli esiti. A tale riguardo si fa riferimento ai modelli di reti gerarchizzate già sperimentate a livello nazionale ed internazionale;
- il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.
- I criteri di fondo su cui si sviluppano questi tre macro-obiettivi sono:
- la capacità di garantire i LEA in modo uniforme, appropriato e responsabile su tutto il territorio regionale, tenendo tuttavia presente la specificità del territorio bellunese e del Polesine, delle aree montane e lagunari e di quelle a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'art. 15 dello Statuto regionale;
- la coerenza degli obiettivi di salute perseguiti con gli indirizzi enucleati nel Patto per la Salute 2010-2012;
- la coerenza attuativa con il quadro organizzativo e le risorse disponibili, responsabilizzando tutti i livelli all'uso appropriato delle stesse;
- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi anche attivando un sistema dei controlli, sugli esiti e sulla *performance*, e di gestione dei rischi e della sicurezza.

L'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le Aziende ULSS con un bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e i 300.000



abitanti presentano migliori *performance* gestionali ed assistenziali, configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere.

### 3.1 Assistenza territoriale

La conferma e il consolidamento, in tutto il contesto veneto, del modello di Distretto socio-sanitario “forte” vengono a rappresentare scelte strategiche della programmazione regionale, scelte su cui si impernia la complessiva ridefinizione organizzativa del SSSR.

Il modello a cui ci si riferisce interpreta il Distretto come il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione.

Più nel dettaglio il Distretto socio-sanitario:

- è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali;
- assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di *primary care*) attraverso un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, al fine di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità;
- è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda ULSS che meglio consente di governare i processi assistenziali alla persona, assicurando anche una integrazione fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse derivanti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dal SSSR, dai Comuni, dalla solidarietà sociale.

Rientrano nel livello di assistenza territoriale:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- cure domiciliari;
- cure palliative;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza residenziale e semiresidenziale in area disabilità, dipendenze, salute mentale ed età evolutiva;
- riabilitazione;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili;
- assistenza alle dipendenze patologiche;

- assistenza psichiatrica;
- assistenza penitenziaria.

Il mandato del Distretto socio-sanitario si articola in quattro macro-funzioni fondamentali:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel livello di assistenza territoriale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori od organizzazioni esterne;
- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;
- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

I criteri cardine sui quali si fonda l'organizzazione distrettuale sono:

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità;
- l'orientamento delle attività per programmi definiti d'intesa con i Comuni e formalizzati nel Piano di Zona, che rappresenta lo strumento di collaborazione e di programmazione tra Aziende ULSS, Amministrazioni Locali, strutture residenziali (Centri di Servizio), associazioni di volontariato, cooperazione sociale ed altri attori locali.

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta ai cittadini, il Distretto dovrà tendere ad una unicità almeno sotto il profilo direzionale, ferma restando la territorializzazione della erogazione dei servizi, con un ambito che dovrà progressivamente adeguarsi alla soglia (minima) dei 100.000 residenti, fatte salve eventuali specificità (es. aree montane e lagunari ed aree a bassa densità abitativa) da definirsi di comune

accordo tra Regione, Azienda ULSS e sentita la Conferenza dei Sindaci  
Più in generale, il Territorio, a prescindere dal numero di Distretti, sarà diretto da un Direttore, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- è responsabile della funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di *budget* con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti.  
Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere, nella propria organizzazione territoriale, un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa Infanzia, adolescenza e famiglia, un'unità operativa semplice per la Disabilità, un'unità operativa per le Cure palliative e un'unità operativa per le Attività specialistiche. Le cinque Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui è articolato il territorio aziendale.

(omissis)

### 3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. l'individuazione di un *case manager* all'interno del *team* multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;

5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il *team* gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.);
7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali che avvalorino l'efficacia dell'approccio integrato biopsicosociale alla persona.

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.

In particolare rappresentano elementi indispensabili per una corretta ed efficace presa in carico:

- la formalizzazione di PDTA,
- la compilazione dei registri di patologia,
- la tracciabilità del percorso assistenziale,
- la programmazione del *follow up*,
- l'implementazione di percorsi di audit su obiettivi ed indicatori di *outcome* condivisi.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le *Medicine di Gruppo Integrate*, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Le caratteristiche peculiari delle *Medicine di Gruppo Integrate* sono:

- di essere organizzazioni fondate su un *team* multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il *team* stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, avviando forme assistenziali con personale medico dipendente, o con strutture private accreditate, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi;
- di rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;
- di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;
- di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco

delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;

- di realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;
- di implementare PDTA, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;
- di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di *outcome* clinico ed organizzativo da definire attraverso i Patti aziendali, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;
- di essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del *team*) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria;
- di integrare le analisi epidemiologiche anche ai fini di valutare il *case mix* della propria popolazione assistita e di supportare l'implementazione di audit interni (tra pari e con le componenti aziendali) e di audit civici, coinvolgendo la Comunità.

Nell'assistenza pediatrica potranno essere sperimentati modelli organizzativi alternativi per garantire il collegamento con il secondo ed il terzo livello assistenziale, nell'ottica di integrare pienamente il pediatra di famiglia nel Distretto e di trattenere i pazienti nell'ambito dell'assistenza territoriale, riducendo gli indici di ospedalizzazione. In particolare si prevede l'estensione dell'attività ambulatoriale nell'arco orario 8.00-20.00, 7 giorni su 7, e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, anche attraverso l'utilizzo di personale medico dipendente o di strutture private accreditate. Questo modello intende configurarsi come un nodo della rete territoriale rivolto ad un bacino di popolazione definito (es. ambito distrettuale), ad accesso libero, sebbene filtrato attraverso una centrale operativa che garantisca la ricezione delle istanze ed il costante collegamento con i pediatri per assicurare la continuità dell'assistenza. L'estensione delle Medicine di Gruppo Integrate vuole garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti del Veneto e superare differenze territoriali ed organizzative. La sostenibilità economica resta, peraltro, il cardine per sviluppare questi nuovi modelli organizzativi.

Più in generale sarà necessario prevedere una maggiore omogeneizzazione dei Patti aziendali con la Medicina Convenzionata, con riferimento ai contenuti ed ai relativi sistemi premianti, ferme restando le specificità territoriali. Ciò presuppone l'avvio di un'azione strutturata di coordinamento regionale in grado di definire criteri uniformi di individuazione degli obiettivi, sia assistenziali che economici, nella prospettiva di garantirne l'autosostenibilità attraverso l'appropriatezza prescrittiva.

Sono, infine, auspicabili a livello locale, accordi con le Amministrazioni Locali e con altre istituzioni pubbliche e private per favorire la messa a disposizione di strutture che permettano la realizzazione di questi modelli organizzativi.

### 3.1.3 La filiera dell'assistenza territoriale

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure gradualmente nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate ed in stretta sinergia. Più in dettaglio la filiera dell'assistenza territoriale deve assicurare:

- l'assistenza primaria,
- le cure domiciliari,
- l'assistenza specialistica e le cure palliative,
- l'assistenza semiresidenziale e residenziale,
- l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale ossia attraverso i servizi distrettuali, la Medicina di Gruppo Integrata, le strutture residenziali (Centri di Servizio), l'Unità Riabilitativa Territoriale, l'Ospedale di Comunità, i servizi domiciliari comunali.

Al Distretto affrisce la gestione operativa di tutti questi nodi in un'ottica di rete assistenziale atta a realizzare risposte modulate ai diversi bisogni.

L'erogazione efficace degli interventi presuppone una considerazione globale dei bisogni della persona e della sua famiglia, realizzata di norma attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), che assicura:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona nella sua complessità;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, compatibile con le risorse a disposizione, nel quale vengono individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte;
- la presa in carico multiprofessionale;
- la valutazione sistematica degli interventi e degli esiti assistenziali attesi.

Attraverso la definizione della natura e dell'intensità dell'intervento assistenziale, l'UVMD promuove ed assicura la continuità dell'assistenza tra le diverse articolazioni della rete dei servizi, sviluppando, anche attraverso appositi protocolli operativi, l'integrazione tra servizi distrettuali, presidi ospedalieri, servizi domiciliari comunali, servizi residenziali e semiresidenziali e, laddove organizzati, servizi svolti dal volontariato.

#### *Assistenza primaria*

L'evoluzione delle forme associative della medicina di famiglia in Medicine di Gruppo Integrate costituisce il fulcro su cui viene a riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale, che si sviluppa attraverso una rete diffusa e qualificata quale interconnessione di nodi organizzativi multiprofessionali. Le Medicine di Gruppo Integrate vengono, dunque, a rappresentare punti di riferimento certi per l'assistito, garanti della continuità dell'assistenza dal punto di vista relazionale, gestionale ed informativo, consolidando la piena integrazione nel Distretto della Medicina Convenzionata.

(omissis)

Rappresentano elementi strategici ed azioni di supporto per rendere più efficace ed efficiente la filiera:

- la valorizzazione del ruolo dell'assistenza domiciliare, della specialistica e delle cure palliative quali servizi gestiti dal Distretto e collocati in maniera trasversale alla filiera dell'assistenza, ossia quali elementi fondamentali a supporto dell'attività delle Medicine di Gruppo Integrate, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni), nell'ottica di rendere completo il percorso assistenziale nei suoi diversi passaggi;
- la formalizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio finalizzata ad una presa in carico continuativa, attraverso l'istituzione in ciascuna Azienda ULSS di un Coordinamento per la pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del paziente dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale, definendo i protocolli operativi. Sono membri del Coordinamento: il responsabile dell'unità operativa disabilità, il Direttore della funzione territoriale, il responsabile dell'unità operativa Cure primarie, il responsabile dell'unità operativa Infanzia, Adolescenza e Famiglia, il Direttore della funzione ospedaliera, il responsabile della funzione sanitaria nelle strutture per non autosufficienti, il responsabile delle professioni sanitarie, un farmacista, un assistente sociale, un medico ed un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati dai rispettivi comitati aziendali e comitato zonale. L'UVMD rimane lo strumento di definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato che concretizza anche gli indirizzi elaborati dall'organismo di coordinamento;
- l'adeguamento e la qualificazione delle professionalità, anche attraverso la formazione continua, al fine di ampliare la cultura del lavoro in *team* multiprofessionali e di adottare modelli di lavoro a rete. Nello specifico si prevede lo sviluppo delle professioni sanitarie con valorizzazione della figura dell'infermiere, anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali. Per una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel *team* multiprofessionale, il Direttore della funzione territoriale si avvarrà del supporto di un responsabile infermieristico che:
  - partecipi alla programmazione delle attività distrettuali,
  - supporti l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del *nursing case management*,
  - supporti le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

In particolare viene considerata strategica la funzione di *case manager* per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza.

Infine si sottolinea come il significativo investimento richiesto per lo sviluppo della filiera territoriale trova risorse, da un lato, nella riconversione di strutture ospedaliere riconvertite e, dall'altro, nella riallocazione funzionale del personale ospedaliero e delle corrispondenti risorse nei servizi territoriali. Questo affinché possa essere garantito un percorso assistenziale al cittadino senza soluzione di continuità.

(omissis)

## 3.5 Aree di intervento sociale e sanitario

### 3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

I cambiamenti sociali e demografici, quali l'invecchiamento della popolazione, la crisi economica ed il conseguente aggravamento del carico familiare influenzano i bisogni sociali e socio-sanitari e sollecitano sinergie tra le organizzazioni, orientando all'interdisciplinarietà, alla continuità dei percorsi di cura, ad un sistema integrato di interventi.

In quest'ottica il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona si conferma come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione, che trova realizzazione nell'ambito dei Distretti socio-sanitari.

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e sociosanitari delle Aziende ULSS si concretizza nei Piani di Zona, strumento che nell'ultimo quindicennio ha contribuito al processo di evoluzione del *welfare* veneto.

Attraverso il piano di zona, si perseguono le seguenti finalità:

- promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione;
- favorire la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.

Per poter perseguire tali finalità, il piano di zona si configura come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il piano di zona si programmano la distribuzione e l'allocazione delle risorse coerentemente con i vincoli stabiliti su base regionale, nonché tutti gli interventi sociali e socio-sanitari del territorio, includendo sia gli interventi consolidati, sia le azioni di potenziamento e di innovazione promosse. A tale scopo devono essere inclusi nel piano di zona tutti gli interventi sociali e sociosanitari, pubblici e privati, siano essi riferiti al territorio comunale, sovracomunale, distrettuale o all'intero ambito territoriale di riferimento dell'azienda ULSS.

Sulla progettazione regionale che afferisce al territorio deve essere acquisito il parere del comune territorialmente competente.

Il piano di zona rappresenta lo strumento attraverso il quale sono definiti progetti di collegamento tra la programmazione sociale e socio sanitaria e le altre politiche di supporto alla persona e alla comunità; prevede esplicita integrazione tra i soggetti competenti per le altre politiche (ad esempio le politiche abitative, del lavoro, dell'istruzione e dell'educazione), nonché tra le risorse e gli strumenti programmatori ad esse relativi.

I contenuti del piano di zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono



stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'ULSS in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.

Il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale nel rapporto tra ULSS e conferenza dei sindaci.

I comuni, mantenendo titolarità e responsabilità delle funzioni, nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, attivano in modo primario l'esercizio delle deleghe; i comuni alla luce dell'art. 14 L. 122/2010 possono attivare la gestione associata delle funzioni sociali e le sperimentazioni istituzionali innovative, utilizzando le forme già previste della normativa vigente.

L'aumento ed il diversificarsi dei bisogni (non-autosufficienza/disabilità, disagio minorile/familiare, dipendenze, ecc.), nonché il concomitante contenimento delle risorse pubbliche richiedono l'individuazione di alcune azioni di sistema per garantire e potenziare gli attuali livelli di assistenza ai cittadini; perciò gli obiettivi strategici della programmazione regionale socio-sanitaria sono:

- la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale;
- la sostenibilità dei servizi socio-sanitari per ciascuna Azienda ULSS dovrà essere garantita da un sistema di finanziamento del Fondo Sociale Regionale, dal Fondo regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni, dal Fondo Sanitario in quote capitarie e da un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni.

Quest'ultimo assume un significato di particolare rilievo rispetto all'assunzione di corresponsabilità di tutti i Comuni in relazione alle esigenze dei propri territori ed alla sostenibilità di oneri, a volte particolarmente gravosi, soprattutto da parte dei Comuni di piccole dimensioni;

- la realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi;
- il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria attraverso sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta, supportato dall'attivazione di un sistema informativo regionale, organico ed integrato, sui servizi territoriali;
- il potenziamento del sistema di valutazione della qualità assistenziale, ponendo attenzione al percorso assistenziale e non alla singola prestazione, anche attraverso indicatori di appropriatezza prescrittiva e di monitoraggio degli esiti;
- la diversificazione e la rimodulazione delle unità di offerta sviluppando anche l'elasticità organizzativa per adeguare gli standard previsti dalla L.R. n.22/2002 alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema;
- la definizione delle rette di riferimento da applicare, in particolare delle strutture semiresidenziali e residenziali, e la quota capitaria di competenza sanitaria e di competenza sociale.

La gamma dei servizi residenziali e semiresidenziali è prevista dalla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"; i rapporti tra le aziende dell'SSSR e gli enti locali con i gestori delle strutture accreditate sono regolati mediante accordo contrattuale ai sensi dell'art. 17 della su indicata legge regionale n. 22/2002. Gli obiettivi specifici e gli strumenti attuativi dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- la realizzazione dello sportello unico integrato (DGR 39/06) per assicurare l'accesso al sistema dei servizi da parte dei cittadini secondo i principi di uniformità e omogeneità, per ricondurre ad unità interventi parcellizzati, favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi ed enti diversi e per semplificare le procedure burocratiche a carico dei cittadini;
- la definizione del progetto assistenziale individualizzato per individuare e garantire la risposta assistenziale appropriata rispetto alle condizioni del paziente;
- la valutazione unitaria ed uniforme dei bisogni sanitari, socio-sanitari, socioassistenziali attraverso:
  - a) la multiprofessionalità con il coinvolgimento del responsabile dell'unità operativa Cure primarie, del medico-pediatra di famiglia, dell'assistente sociale, delle figure infermieristiche, dei professionisti degli specialisti delle discipline in relazione alle problematiche della persona (garantita dalla UVMD);
  - b) l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione (es. SVAMA e SVAM-DI);
  - c) il monitoraggio delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni;
  - d) la valutazione dei risultati con procedure di verifica dello stato di attuazione degli obiettivi programmati e delle funzionalità dell'organizzazione, garantendo anche la rilevazione dei costi e degli esiti.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale superare la disomogeneità degli aspetti organizzativo-gestionali dei distretti delle aziende ULSS, anche mediante la ridefinizione degli atti aziendali ed una conseguente riallocazione delle risorse.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale considerare la fibromialgia come una malattia ad elevato impatto sociale e sanitario per la quale è necessario un percorso di informazione, educazione e divulgazione nei confronti dei cittadini veneti e degli enti preposti.

(omissis)

## 4.5 Strumenti della programmazione aziendale

In un'ottica di rafforzamento dell'azione della Regione nelle funzioni di indirizzo, coordinamento e supporto alle Aziende ULSS e Ospedaliere in ambito di programmazione, rappresentano indirizzi strategici:

- l'adeguamento degli Atti aziendali, quali strumenti di attuazione degli indirizzi regionali, sulla scorta dei contenuti del presente PSSR;
- l'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, attraverso un processo di semplificazione e di allineamento, che individui nel Piano Attua-

tivo Locale (PAL) lo strumento unico di pianificazione, includente sia il Piano di Zona che il Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie. L'orientamento è di pervenire alla definizione di uno strumento di governo unitario delle politiche per la salute a livello locale, finalizzato all'individuazione delle strategie aziendali per garantire una gestione integrata dei bisogni dei cittadini e la continuità dell'assistenza. Il PAL, infatti, è un piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al PSSR ed agli altri atti della programmazione regionale, con durata e scadenza pari a quella dei piani della programmazione regionale;

- la valorizzazione della programmazione aziendale nell'ambito delle Cure primarie, al fine di definire gli obiettivi assistenziali, i modelli organizzativi, gli indicatori di qualità clinica ed organizzativa, nonché i progetti di riallocazione delle risorse in un'ottica di condivisione e di corresponsabilizzazione della Medicina Convenzionata, da formalizzarsi anche attraverso lo strumento dei Patti;
- l'utilizzo dello strumento di *budget* come strumento gestionale che presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema assistenziale. Nello specifico andrà favorita la correlazione tra gli obiettivi del *budget* distrettuale e gli obiettivi del *budget* ospedaliero, configurandola come prassi, dal momento che molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente.

Infine è strategico che ciascuna Azienda ULSS sviluppi la capacità di leggere i bisogni assistenziali e di governare la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete socio-sanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. La conoscenza dei bisogni di salute della popolazione è momento fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali. In quest'ottica la Comunità locale, attraverso tutti i soggetti istituzionali e le organizzazioni sociali espressive della Comunità stessa, non è solo destinataria di interventi, ma realtà capace di esprimere i bisogni, di sviluppare le risposte, di selezionare le priorità di intervento, di partecipare al controllo dei risultati.

## Deliberazioni della Giunta Regionale N. 953 del 18 giugno 2013

Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, approvato con la LR n.23/2012, evidenzia la necessità di sviluppare ulteriormente le Cure Primarie, riconoscendole quale funzione centrale del SSSR.

Più in dettaglio il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle *Medicine di Gruppo Integrate*, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni.

In particolare, le Medicine di Gruppo Integrate sono organizzazioni strutturali (team multi-professionali) costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità.

L'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate risponde alla necessità di radicare stabilmente e diffusamente un modello organizzativo che proponga una rimodulazione dell'offerta assistenziale in termini di accessibilità e di conseguimento di obiettivi di salute.

Nel sistema veneto la Medicina di Gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. n.189/2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge n.158 del 13 settembre 2012, cosiddetto "decreto Balduzzi".

Inoltre, conformemente a quanto disposto dalla stessa L. n.189/2012, risulta strategico provvedere alla all'implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida ed audit.

Pertanto il Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 Maggio 2013 nel testo Allegato "A" al presente atto rappresenta le modalità di riorganizzazione delle Cure Primarie nel sistema veneto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### *LA GIUNTA REGIONALE delibera*

1. Di approvare il Verbale d'Intesa sottoscritto dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata in data 31 maggio 2013, sulle modalità di attuazione del Progetto assistenza primaria nel testo Allegato "A" al presente atto, per costituirne parte integrante ed essenziale.
2. Di disporre che il Verbale d'intesa sarà attuato con appositi provvedimenti della Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, conformemente ai tempi tecnici occorrenti per tali adempimenti.
3. Di dare atto che l'Unità Progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR predisponga i conseguenti impegni di spesa.
4. Di stabilire la revisione del contenuto dei provvedimenti qui richiamati, nel caso la normativa nazionale e le disposizioni degli AACNN di settore definiscano situazioni di incompatibilità con gli indirizzi regionali in oggetto.
5. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

# ALLEGATO A - VERBALE D'INTESA TRA LA REGIONE E LE OOSS DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

Venerdì 31 maggio 2013

Con il presente documento, le Parti concordano sugli obiettivi fissati per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come precisato nel nuovo PSSR, che individua le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e, a regime per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale interna, le Medicine di Gruppo Integrate (MdGI) disciplinate dal Contratto di esercizio. La Pianificazione aziendale, per l'attuazione degli atti Regionali di programmazione, si realizza attraverso il Piano aziendale per lo sviluppo della medicina convenzionata, prevedendo per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale interna un periodo transitorio fino al 31/12/2015, nel quale è possibile attivare le Medicine in RETE e in GRUPPO, quali forme transitorie verso la medicina di gruppo Integrata e a termine.

Nel sistema veneto la Medicina di gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse Cure primarie, di cui agli AA.CC.NN. e alle disposizioni della Legge cosiddetta "Balduzzi".

(omissis)

## B) RETE E ALTRE DISPOSIZIONI

1. Di stabilire che nella fase di passaggio verso la messa a regime delle Medicine di Gruppo Integrate sul territorio regionale, cioè fino al 31 dicembre 2015, sono attivabili, sulla base della pianificazione aziendale, delle risorse disponibili e conformemente al disciplinare tecnico di riferimento, le seguenti forme associative:
  - > Medicina di "nuova Rete", definita dall'ACN e dall'attuale progetto di riordino dell'assistenza primaria come forma associativa di transizione verso la Medicina di Gruppo Integrata.
  - > Medicina di gruppo, definita dall'ACN e dell'accordo regionale (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata.
2. Di prevedere che secondo la programmazione regionale le medicine di "nuova Rete" e di gruppo confluiscono nelle Medicine di Gruppo Integrate entro il 2015.
3. Di prevedere l'avvio delle Medicine di gruppo integrate conformemente al contratto di esercizio tipo.
4. Di disporre che la Medicina di Gruppo Integrata, la Medicina di Gruppo e la Nuova Rete siano disciplinate dal "contratto di esercizio-tipo", previsto dalla DGR n. 1666 del 2011, allegato al presente verbale, che costituisce la base di discussione per la definizione, entro 30 gg., del contratto di esercizio-tipo tramite un apposito gruppo di lavoro.
5. Di prorogare i patti aziendali in vigore fino all'approvazione del nuovo contratto di esercizio tipo.
6. Di riclassificare le UTAP conformemente al contratto di esercizio-tipo per le Medicine di gruppo integrate, a parziale modifica ed integrazione della DGR n. 2864 del 28/12/2012.

7. Di stabilire che l'adesione dei MMG alle forme associative in oggetto è obbligatoria in quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale.
8. Di attribuire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie l'obiettivo della realizzazione e attuazione del Piano aziendale per l'Assistenza primaria, anche agli effetti degli adempimenti agli obblighi del contratto individuale dei DDGG.

(omissis)

#### E) PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA.

Il Piano Aziendale per il potenziamento della medicina convenzionata va elaborato/rimodulato, sentiti i Comitati aziendali della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta e i tavoli negoziali della SAI. Contenuto essenziale del Piano è lo sviluppo delle forme associative previste, autorizzate ed attivate, la quantificazione dei costi e l'individuazione delle MdGI/UTAP già in esercizio da riclassificare in base ai nuovi standard regionali. Nella fase di elaborazione del Piano è necessario informare la Conferenza dei sindaci. Una volta rimodulato, il Piano aziendale andrà sottoposto a verifica da parte della struttura regionale competente.

#### F) AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Entro 30 giorni dalla data del presente Verbale, saranno definite le attività delle AFT per i MMG, PLS e SAI e del relativo Coordinatore, attraverso un apposito gruppo tecnico di lavoro.

150

#### G) PRECISAZIONE

La Regione ritiene, considerato l'obbligatorietà della adesione alle AFT, al modello assistenziale regionale previsto per la Medicina Convenzionata e per le caratteristiche proprie della attività dei medici convenzionati, che l'organizzazione delle forme associative della stessa MC non possa mai assumere la qualifica di "autonomà".

(omissis)

# CAPITOLO QUINTO

## La costituzione di una cooperativa di medici e operatori sanitari

Per costituire una cooperativa sono necessari almeno 3 soci persone fisiche maggiorenni.

Se si raggiungono i 9 soci, possono partecipare alla cooperativa altre società o enti, in genere qualsiasi tipo di persona giuridica. I soci della società cooperativa possono essere:

- soci ordinari o cooperatori, che partecipano direttamente (ad esempio i medici di medicina generale) al raggiungimento dello scopo sociale ed allo scambio mutualistico;
- soci sovventori e soci finanziatori ossia portatori esclusivamente di risorse finanziarie, necessarie al raggiungimento degli scopi della cooperativa;
- soci volontari che operano gratuitamente e spontaneamente e per la cui attività è previsto esclusivamente un rimborso spese; tale tipologia di soci è prevista solo per le cooperative sociali disciplinate dalla legge n. 381 del 1991; in ogni caso i soci volontari non possono superare il 50% dei soci della società cooperativa sociale.

La cooperativa può fare riferimento a due distinti regimi societari, quello delle società per azioni (s.p.a.) oppure quello delle società a responsabilità limitata (s.r.l.).

Infatti l'articolo 2519 del Codice civile stabilisce che alle società cooperative si applicano in quanto compatibili le disposizioni sulla società per azioni; lo stesso articolo, al secondo comma, prevede che l'atto costitutivo può prevedere che trovino applicazione, in quanto compatibili, le norme sulle società a responsabilità limitata nelle cooperative con un numero di soci cooperatori inferiori a venti ovvero con un attivo dello stato patrimoniale non superiore ad un milione di euro.

Pertanto e il numero dei soci è inferiore a 20 e/o l'attivo dello Stato Patrimoniale è inferiore a Euro 1.000.000,00 allora possono trovare applicazione le norme previste per le SRL.

Se solo uno dei parametri (soci o patrimonio) è inferiore ai limiti previsti, le cooperative possono scegliere quale normativa di riferimento adottare (SRL o SPA).

Se il numero dei soci è superiore a 20 e l'attivo dello Stato Patrimoniale è superiore a Euro 1.000.000,00 allora devono trovare applicazione le norme per le SPA.

Invece se il numero di soci è inferiore a 9 la cooperativa deve obbligatoriamente adottare il modello di riferimento della SRL.

### Il capitale sociale

Come previsto dall'articolo 2511 del codice civile, le cooperative sono società a capitale variabile con scopo mutualistico. Pertanto, all'atto della costituzione, va definito,

sulla base del progetto aziendale e delle finalità della cooperativa, un capitale adeguato all'attività da sviluppare.

Infatti, nonostante la legge fissi un capitale minimo per socio di 25 Euro ed uno massimo di 100.000 Euro l'entità del capitale sociale non deve precludere a priori il raggiungimento degli obiettivi sociali. Si pensi poi all'importanza che questa voce di patrimonio assume nei confronti dei terzi quale garanzia di affidabilità e solvibilità della cooperativa.

Per i soci di cooperative, in ambedue le forme società per azioni o a responsabilità limitata, la quota sociale costituisce l'unico capitale di rischio, ovvero in caso di insolvenza della società i soci saranno chiamati a rispondere nei confronti dei terzi solo con l'ammontare del capitale sottoscritto.

## Lo scambio mutualistico per i soci della cooperativa

La costituzione della cooperativa richiede la stesura di uno statuto con il quale si definisce la tipologia di cooperativa sulla base dello scambio mutualistico. Tra le varie tipologie possibili, nei settori che qui interessano le cooperative possono essere:

- cooperative di lavoro,
- cooperative miste,
- cooperative sociali, a loro volta distinte in:
  - a) cooperative sociali di gestione di servizi socio-sanitari educativi,
  - b) cooperative sociali di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

152

Si tratta di una cooperativa mista di servizio ai soci quando lo scambio mutualistico prevalente è rappresentato dall'utilizzo da parte dei soci dei servizi offerti dalla cooperativa per la gestione di strutture complesse ( centri sanitari, strutture specialistiche) e di servizi a favore degli associati (personale , sistemi informativi, acquisto di beni e servizi ecc.).

Se invece lo scambio mutualistico prevalente è quello di creare opportunità di lavoro per i soci e di gestire tali attività la cooperativa è di lavoro.

Qualora l'attività della cooperativa è di gestione di servizi socio-sanitari educativi, può essere considerata una cooperativa sociale di tipo A.

Se l'attività della cooperativa è di tipo industriale, di servizi, commerciale o agricola, può essere considerata sociale di tipo B, con l'obbligo di inserire almeno il 30% di persone svantaggiate nell'organico lavorativo.

Nelle cooperative di lavoro il rapporto con i soci è definito dalla legge n. 142 del 2001 che stabilisce la possibilità di definire il rapporto lavorativo nelle diverse forme previste: subordinato, autonomo, di collaborazione coordinata e continuativa. L'assemblea della cooperativa deve approvare un regolamento per le prestazioni lavorative dei soci che stabilisce le regole economiche e organizzative delle diverse tipologie di lavoro.

Quando il lavoro viene svolto in forma autonoma ( libero professionale) la cooperativa può svolgere anche diversi servizi a favore dei soci per migliorare le opportunità di sviluppo della loro attività, integrando le diverse professionalità e fornendo strumenti e servizi comuni a migliori condizioni.



## L'atto pubblico di costituzione

La costituzione di una società cooperativa avviene mediante atto pubblico redatto da un notaio. Avvenuta la costituzione, il Notaio che ha redatto l'atto, o gli Amministratori, deve provvedere entro trenta giorni al deposito presso l'Ufficio del Registro delle Imprese tenuto dalla Camera di Commercio competente per territorio ove ha sede legale la cooperativa e contestualmente alla iscrizione all'Albo Nazionale delle Società Cooperative. Tale domanda è indispensabile al fine del riconoscimento dei requisiti mutualistici dei relativi vantaggi fiscali.

Con l'iscrizione nel Registro delle Imprese la società acquista personalità giuridica. La mancata iscrizione impedisce i rapporti di natura societaria sia tra i soci sia verso i terzi.

Contestualmente la cooperativa deve iscriversi all'Albo Nazionale delle Società Cooperative tenuto dal Ministero dello Sviluppo Economico attraverso la Camera di commercio definendo la sezione ( mutualità prevalente o non) e la categoria di riferimento ( lavoro, miste, sociali).

Gli amministratori debbono, inoltre, adempiere ai seguenti obblighi:

- svolgimento della pratica telematica con l'Agenzia Entrate per attribuzione della partita I.V.A.;
- dichiarazione di inizio attività da presentare alla Camera di Commercio entro trenta giorni dalla data di iscrizione nel registro delle imprese;
- Acquistare i libri sociali e contabili obbligatori di cui deve dotarsi la società cooperativa e provvedere alla relativa numerazione e bollatura.

I costi attinenti la costituzione, il deposito dello statuto, la vidimazione dei libri sociali e quant'altro, possono essere quantizzati approssimativamente intorno ai 2.000-3.000 Euro.

## La nomina del Consiglio di Amministrazione e del Presidente

All'atto della costituzione è necessario procedere alla nomina del presidente nonché dei singoli membri del consiglio di amministrazione se la cooperativa non ha scelto di avere un solo amministratore quale amministratore unico. Il consiglio deve essere costituito da almeno 3 persone socie o mandatarie di persone giuridiche socie.

Per gli organi di controllo sono previste diverse ipotesi sulla base delle caratteristiche economiche e patrimoniali della cooperativa. Il controllo può essere esercitato da un collegio sindacale e/o un revisore contabile che devono risultare iscritti agli appositi albi.

Per le cooperative che applicano il regime delle SRL l'obbligo del collegio sindacale, scatta nel momento in cui si superano alcuni limiti patrimoniali ed economici.

Infatti l'articolo 2477 del codice civile stabilisce che l'atto costitutivo può prevedere, determinandone le competenze e i poteri, ivi compresa la revisione legale dei conti, la nomina di un organo di controllo o di un revisore. Se lo statuto non dispone diversamente, l'organo di controllo è costituito da un solo membro effettivo; in alternativa l'assemblea può nominare un collegio formato da due membri effettivi (più due sup-

plenti). Per poter svolgere il controllo legale e dei conti, tutti i membri devono essere iscritti al Registro dei Revisori contabili.

La nomina dell'organo di controllo o del revisore, continua l'articolo 2477 del codice civile, è obbligatoria se la società:

- a) è tenuta alla redazione del bilancio consolidato;
- b) controlla una società obbligata alla revisione legale dei conti;
- c) per due esercizi consecutivi ha superato due dei limiti indicati dal primo comma dell'articolo 2435-bis che sono:
  - 1) totale dell'attivo dello stato patrimoniale: 4.400.000 euro;
  - 2) ricavi delle vendite e delle prestazioni: 8.800.000 euro;
  - 3) dipendenti occupati in media durante l'esercizio: 50 unità.

Quindi, al di sotto dei parametri sopra elencati, non esiste per le cooperative SRL che presentano questi dati di bilancio, l'obbligo della nomina del collegio sindacale. Per le cooperative che adottano il regime delle società per azioni esiste sempre l'obbligo di una forma di controllo contabile attraverso un revisore contabile e, al superamento dei limiti prima esposti, scatta anche l'obbligo di nominare un collegio sindacale che può svolgere anche le funzioni di controllo contabile.

## Come funziona la cooperativa

La cooperativa è un'impresa il cui scopo consiste nel favorire la partecipazione dei soci alla gestione e alla realizzazione degli obiettivi societari, alla creazione di opportunità di lavoro per i soci, alla realizzazione di servizi ai soci.

Gli organi sociali sono costituiti:

- dall'assemblea dei soci, che approva i bilanci consuntivi, nomina gli amministratori, i membri del collegio sindacale ed il loro presidente. Approva, inoltre, conformemente allo statuto, i regolamenti (ad esempio regolamenti relativi alle prestazioni lavorative o al prestito sociale);
- dall'organo amministrativo, amministratore unico o consiglio di amministrazione, che si occupa della gestione ordinaria e straordinaria della cooperativa in ottemperanza alle previsioni statutarie, ad esso spettando ad esempio le deliberazioni in materia di ammissione e recesso dei soci, di convocazione delle assemblee, la predisposizione del bilancio d'esercizio. Il consiglio di amministrazione può delegare a singoli consiglieri lo svolgimento di specifici incarichi;
- dal presidente della cooperativa (laddove ci si trovi in presenza di consiglio di amministrazione, altrimenti dall'amministratore unico) che è colui che possiede la legale rappresentanza di impresa e che si occupa del coordinamento e di dirigere l'attività del consiglio di amministrazione;
- dall'eventuale organo di controllo (sindaco unico o collegio sindacale e/o revisore legale dei conti) che verifica il rispetto della legittimità amministrativa e contabile della società.

Per quanto concerne poi i rapporti tra socio e cooperativa debbono essere definiti da un regolamento che stabilisca gli aspetti economici e normativi dell'attività svolta a favore dei soci. È utile ricordare che lo scopo mutualistico della società cooperativa risiede nella creazione di opportunità per soci migliori di quelle che questi avrebbero

ottenute sul mercato, ed in questo senso debbono essere orientati i regolamenti di accesso ai servizi o di organizzazione delle attività sociali.

La cooperativa è soggetta al regime di contabilità ordinaria. Ha l'obbligo di presentare un bilancio annuale corredato delle relative relazioni e di una specifica relazione sul raggiungimento delle finalità sociali, ovvero delle prestazioni rivolte ai soci ai fini della dimostrazione della mutualità prevalente.

Per mantenere la mutualità prevalente la cooperativa deve svolgere più della metà della propria attività a favore dei soci, per una cooperativa tra MMG i servizi svolti per i soci debbono risultare più della metà di quelli svolti per altri soggetti.

Il bilancio deve essere depositato presso il registro delle imprese corredato delle relazioni.

L'operato della cooperativa è soggetto a revisione biennale, annuale per le cooperative sociali, dalla Lega nazionale delle cooperative e mutue (Legacoop) effettuato sulle proprie associate, su delega del Ministero dello Sviluppo Economico.

La destinazione dell'utile deve essere effettuata seguendo le indicazioni stabilite dalla normativa civilistica per le cooperative a mutualità prevalente, nonché dalla legge 59/92, nella fattispecie:

- non meno del 30% al fondo di riserva indivisibile o legale;
- il 3% alla società nazionale ai Fondi mutualistici per la promozione e sviluppo cooperativo (Coopfond per le associate Legacoop);
- la quota residua può essere destinata:
  - > a rivalutazione gratuita del capitale sociale (nel limite del tasso di inflazione ISTAT) a remunerazione della quota sociale, cioè dividendo (massimo di 2,5 punti superiore al tasso dei buoni postali fruttiferi ordinari),
  - > a ristorno sulla attività mutualistica ( come integrazione dello stipendio ai soci lavoratori oppure come restituzione del costo dei servizi utilizzati dai soci),
  - > infine ogni ulteriore residuo va destinato a fondi di riserva indivisibile.

Per la fase di avvio è bene definire un bilancio di previsione. Questo è utile per verificare le potenzialità operative della cooperativa ( individuando quali attività e quali servizi dovrà sviluppare) nonché le condizioni di economicità e redditività in cui si prevede di operare.

Finito di stampare nel mese di novembre 2014  
presso la tipografia PressUp di Viterbo  
per conto della casa editrice Genesi Design di Mestre Venezia

Le cooperative di medici ed operatori sanitari possono divenire protagonisti della costruzione di un welfare sostenibile promuovendo processi di riorganizzazione dei servizi del sistema sanitario sul territorio incentrati sul binomio “meno ospedali - più prevenzione, cure domiciliari e gestione della cronicità” ed una riduzione della burocrazia, adottando sistemi informativi che favoriscano la partecipazione dei medici, degli operatori e permettano ai cittadini di ottenere le informazioni e le cure necessarie.

La presente Linea Guida, realizzata da Legacoop Veneto, Settore Sociale, con il contributo di Venezia Opportunità, Azienda Speciale della CCIAA, effettua una panoramica della legislazione che caratterizza il settore ed i diversi soggetti coinvolti, presentando le diverse normative nazionali e regionali che si sono succedute negli anni e ancora vigenti, fornendo importanti informazioni per possibili modelli di gestione specifici per la cooperazione medica e per la gestione di strutture e di forme organizzative in sanità.

