

**IL PRESIDENTE DELLA
REGIONE ABRUZZO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo così come integrata con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

VISTA la deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 7 giugno 2012, di nomina del dott. Giuseppe Zuccatelli a Sub-Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per assolvere ai compiti di programmazione sanitaria, tra cui la cura degli interventi relativi alla spesa per la medicina di base;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 224 del 13.3.2007 di approvazione dell'Accordo, sottoscritto in data 06.03.2007, con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze per l'approvazione del Piano di Rientro e l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, Legge 30.12.2004, n. 311;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 592 dell'1.07.2008 che ha posto in essere le azioni necessarie per contenere i costi della medicina convenzionata di base per l'anno 2008 assegnando a ciascuna A.S.L. il compito di provvedere ad applicare ai medici convenzionati idonei budget e controlli costanti degli stessi in modo da evitare il superamento dei limiti di spesa assegnati;

VISTE le Deliberazioni del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanità n. 07/09 del 10.02.2009 e n. 22/09 del 02.04.2009, che hanno definito i tetti di spesa per l'anno 2009 per il contenimento dei costi delle prestazioni dei medici convenzionati della medicina di base assegnando ad ogni A.S.L. il tetto di spesa complessivo, nonché quello specifico per l'attuazione dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) di ogni singola categoria medica interessata;

VISTE le Deliberazioni commissariali n. 47/10 del 05.08.2010 e n. 69/10 del 22.11.2010 che hanno definito i tetti di spesa per il contenimento dei costi delle prestazioni dei medici convenzionati per l'anno 2010;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta per il Piano di risanamento del sistema sanitario regionale n. 27/11 del 19.07.2011 che stabilisce i tetti di spesa per le prestazioni dei medici convenzionati della medicina di base per il biennio 2011/2012;

TENUTO CONTO che il combinato disposto degli artt. 40 e 41bis del D.Lgs. n. 165/2001 contempla la non applicazione dei contratti comportanti oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione qualora dai contratti integrativi derivino costi non compatibili con i rispettivi vincoli di bilancio;

TENUTO CONTO:

- che i compensi previsti dagli A.I.R. offrono agli assistiti servizi aggiuntivi e facoltativi che possono essere erogati solo in presenza delle necessarie risorse finanziarie;
- che i medici non sono stati obbligati ad aderire alle iniziative assistenziali previste negli A.I.R.;

TENUTO CONTO che le A.S.L., al fine di ottemperare al rispetto dei limiti di spesa stabiliti nei citati decreti commissariali, hanno rideterminato i compensi degli A.I.R. in maniera fra loro diversa;

RAVVISATA l'opportunità di equiparare i citati compensi applicando metodi di calcolo oggettivi, anche alla luce delle ripetute richieste pervenute in tal senso da parte delle organizzazioni sindacali di categoria;

TENUTO CONTO delle riunioni del Comitato Permanente Regionale dei Medici di Medicina Generale, tenutesi nei giorni 20 dicembre 2011, 31 gennaio 2012 e 8 maggio 2012, in merito agli indirizzi operativi ed all'equiparazione dei compensi da erogare ai medici di medicina generale per le attività nei nuclei di cure primarie e per l'assistenza operata nelle zone disagiate;

RILEVATA la pluralità di vedute manifestata sia nelle citate sedute del Comitato Permanente regionale che nelle successive proposte trasmesse dai suoi componenti;

RITENUTO, nel tener conto anche dell'apporto positivo delle parti, di adottare il presente decreto per evitare il perdurare della stasi amministrativa dell'attività regionale dovuta:

- al permanere fra le A.S.L. della diversa quantificazione dei compensi per stesse attività svolte dai medici di assistenza primaria;
- alla mancata attuazione di quanto contenuto alla lettera aah) del Documento degli adempimenti che prevede: "il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentono, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana";
- al perdurare del contrasto sul rapporto ottimale previsto per la continuità assistenziale dall'A.I.R. rispetto a quello stabilito dall'A.C.N.;
- alla criticità relativa alla mancata attivazione del numero unico di continuità assistenziale 116117, che, se non risolta, può costituire inadempimento regionale rispetto a quanto previsto alla lettera aag) del Documento degli adempimenti che così recita: "fondamentale il raccordo tra il Sistema emergenza-urgenza ed il servizio di Continuità Assistenziale per fornire una risposta appropriata alla richiesta di assistenza ritenuta "urgente" o nell'ambito del Pronto soccorso ospedaliero o del servizio territoriale, in relazione alla complessità clinica del caso";

RITENUTO di stabilire che:

- le ASL devono programmare il riallineamento dei compensi AIR dei medici di assistenza primaria contenuti nell'Allegato 1 entro il 31.12.2012;
- le eventuali risorse disponibili dell'A.I.R. possono essere finalizzate:
 - a) alla trasformazione di un congruo numero di N.C.P. in rete in N.C.P. di gruppo;
 - b) alla creazione in via sperimentale di aggregazioni complesse per le quali sia prevista la partecipazione dei medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali e per le quali le A.S.L. forniscano, se disponibili, struttura, personale infermieristico ed amministrativo, utenze, informatizzazione, piccola diagnostica ad uso medico;
- che, l'evoluzione dell'associazionismo medico verso forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione previste dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dai vigenti ACN della medicina convenzionata di base, può essere realizzata anche facendo ricorso all'utilizzo di beni e servizi attivabili anche con le risorse dei progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 23 dicembre 1996, n. 662);

RITENUTO di indirizzare le A.S.L. a ricondurre nei loro atti di riorganizzazione il rapporto ottimale medico/abitante residente al valore stabilito per la continuità assistenziale nel vigente Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) considerato che l'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) ha superato le disposizioni ACN oltre i limiti consentiti, dando luogo ad un ingiustificato aggravio della spesa sanitaria regionale;

RITENUTO, altresì, di invitare le A.S.L. a dare attuazione all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 135/CSR del 27 luglio 2011 che, nell'allegato A, recita testualmente: "allo scopo di rendere efficace e sostenibile l'integrazione tra i servizi della CA ed il sistema emergenza si rende indispensabile la centralizzazione delle chiamate di CA su un numero unico regionale, sul modello di quanto già avvenuto per il 118, anche tenendo conto che sono in atto iniziative per la realizzazione

del numero unico 116117(servizio di guardia medica non urgente), finalizzate ad armonizzare la situazione italiana con quella degli altri paesi europei. Inoltre, ove possibile, è opportuno collocare in una unica sede le postazioni territoriali afferenti alla CA e all'emergenza territoriale per garantire una maggiore integrazione dei servizi”;

RITENUTO, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente decreto, di procederne all'inoltro ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute successivamente alla sua formale approvazione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

di stabilire che:

- le ASL devono programmare il riallineamento dei compensi AIR dei medici di assistenza primaria contenuti nell'Allegato 1 entro il 31 dicembre 2012;
- le eventuali risorse disponibili dell'A.I.R. possono essere finalizzate:
 - a) alla trasformazione di un congruo numero di N.C.P. in rete in N.C.P. di gruppo;
 - b) alla creazione in via sperimentale di aggregazioni complesse per le quali sia prevista la partecipazione dei medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali e per le quali le A.S.L. forniscano, se disponibili, struttura, personale infermieristico ed amministrativo, utenze, informatizzazione, piccola diagnostica ad uso medico;
- l'evoluzione dell'associazionismo medico verso forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione previste dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dai vigenti ACN della medicina convenzionata di base, può essere realizzata anche facendo ricorso all'utilizzo di beni e servizi attivabili anche con le risorse dei progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 23 dicembre 1996, n. 662);

di disporre che le A.S.L. devono ricondurre il rapporto ottimale a quanto stabilito nel vigente ACN all'art. 64, commi 2 e 3, tenendo conto del valore 1 medico/5.000 abitanti residenti. Nelle more di tale riorganizzazione la pubblicazione di eventuali carenze deve avvenire solo a raggiungimento del citato rapporto. Le ASL entro il termine del 31 dicembre 2012 devono predisporre, per l'approvazione regionale, appositi atti di rimodulazione delle circoscrizioni del servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art. 65, comma 3, del vigente ACN per la medicina generale;

di invitare le ASL ad attivare il numero unico della continuità assistenziale (C.A.) 116117 con personale della continuità assistenziale, in ottemperanza all'Accordo della Conferenza Permanente Stato-Regioni, Rep. Atti n. 135/CSR del 27 luglio 2011, possibilmente all'interno della centrale operativa provinciale sede del 118-C.A., assicurando la presenza del medico di continuità assistenziale al fine di garantire la risposta adeguata alla chiamate rivolte alla centrale di C.A. provenienti dal territorio provinciale di riferimento. Il medico della centrale operativa provinciale in relazione al problema del cittadino può scegliere la soluzione più opportuna al caso, e può:

- inviare un medico di C.A. per la visita a domicilio;
- rinviare a strutture più adeguate o al Servizio di Emergenza urgenza 118 coinvolgendo il personale della stessa centrale operativa provinciale, in servizio per il 118, se la patologia non fosse valutabile e gestibile a domicilio;
- invitare il paziente a raggiungere la sede ambulatoriale di C.A. più vicina;
- fornire un consiglio telefonico se questa è la richiesta o qualora valuti che la richiesta del cittadino sia così risolvibile.

Il turno di continuità assistenziale nella centrale operativa provinciale è assicurato dalle risorse economiche derivanti dalla riorganizzazione delle sedi di continuità assistenziale (Allegati 2 e 3);

di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione;

di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori Generali delle A.S.L. per gli adempimenti di competenza;

di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R.A.

IL SUB - COMMISSARIO

Dott. Giuseppe Zuccatelli

IL COMMISSARIO AD ACTA

Dott. Giovanni Chiodi

Seguono Allegati