Comitato Regionale Permanente Medicina Generale

Verbale del 30/01/2014

In data odierna c/o la sede dell’Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, aula del I° piano, si è riunito il Comitato Regionale Permanente della Medicina Generale – ex art. 24 dell’ACN 29/7/2009 -.

Inizio lavori ore 15.00

Sono presenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Componente Regionale** | Presente | Assente | FIRMA |
| Dr.ssa Gentile Elena  |  | SI |  |
| Dr. Pomo Vincenzo - Direttore Area  | SI |  |  |
| Sig. Papini Silvia - Dirigente PAOS  |  | SI |  |
| Dr. Labate Giovanna - Dirigente PAPT |  | SI |  |
| Dr. Carbone Vito – Segretario Redigente | SI |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Componente sindacale** | Presente | Assente | FIRMA |
| **O.S. FIMMG** |  |  |  |
| Dr. Anelli Filippo | SI |  |  |
| Dr. Sportelli Giovanni | SI |  |  |
| Dr. Del Vecchio Benedetto | SI |  |  |
| Dr. Marino Francesco | SI |  |  |
| Dr. Aprile Ignazio  | SI |  |  |
| Dr. Monopoli Donato  | SI |  |  |
| Dr. Andrani Alberto  | SI |  |  |
| **O.S. SMI** |  |  |  |
| Dr.ssa Lampugnani Anna | SI |  |  |
| Dr. Giordano Claudio  | SI |  |  |
|  |  |  |  |
| **O. S. SNAMI** |  |  |  |
| Dr. Chiodo Antonio  |  | SI |  |
| Dr. De Sabato Nicola  | SI |  |  |
| **O.S. Intesa Sindacale** |  |  |  |
| Dr. Panunzio Michele  | SI |  |  |
|  |  |  |  |

Ordine del Giorno:

* **Ratifica verbale Ufficio di segreteria del 24/25/28/OTTOBRE/2013 - continuazione lavori /seduta del 30/01/2014 -**

**In via preliminare, pur non ricompresi tra gli argomenti iscritti all’o.d.g., vengono sottoposte all’attenzione del Comitato due questioni :**

1. **nota inviata dal Dr. Rucci Andrea , relativa alle modalità prescrittive dei farmaci presenti nell’ elenco PHT. A tale riguardo la parte pubblica illustra la problematica formulando indicazioni e suggerimenti che vengono condivisi e approvati dalle OO.SS. nei termini di seguito trascritti :**
* **Premesso che i farmaci presenti nell’elenco PHT - Prontuario della distribuzione diretta ( determinazione AIFA 29/10/2004 e s.m.i. ) possono essere erogati sia in distribuzione diretta, attraverso le farmacie territoriali delle AASSLL, che in dispensazione per conto (DPC) attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate a seguito della stipula dell’Accordo PHT ( prorogato al 31.03.2014 con DGR n. 2569/2013). L’accorso prevede l’acquisto con oneri a carico della Regione (ufficio PHT) e l’erogazione da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate, previo ristoro economico previsto per ogni singola confezione dispensata. A tale riguardo al fine di garantire comportamenti virtuosi che inevitabilmente comporteranno riflessi sul bilancio regionale, si propone al rappresentanti delle OO.SS, in presenza di ammalati cronici, e previa valutazione della compliance del paziente, di prescrivere il fabbisogno farmacologico necessario, in un’unica soluzione e nei limiti previsti dal RR n. 17/2003 ( a titolo di es. una conf. da 60 invece di 2 conf. da 30).Le OO.SS, nel condividere la proposta della parte pubblica, s’impegnano a sensibilizzare i propri iscritti, anche previa comunicazione sui propri siti istituzionali, ad attenersi a tali indicazioni,.**
1. **Nota inviata dalla O.S. SMI in ordine liquidazione delle prestazioni PPIP ( vaccini antinfluenzali ed antipneumo) che seppur somministrate nello stesso giorno non sono state contabilizzate dalla Svim service, in quanto aventi lo stesso codice, seppur di natura differente.**

**A tale riguardo il Comitato, nella sua interezza, concorda di procedere attraverso le AASSLL a recuperare dal sistema Edotto le prestazioni non pagate e disporre il rimborso con il meccanismo del T/R. Nello specifico si demanda al Dirigente Responsabile dei Flussi informativi, Ing. Vito Bavaro, di predisporre circolare esplicativa in merito.**

1. **Applicazione L. R. 40/2007 - Problema – A seguito dell’analisi effettuata in Edotto, sono emerse situazioni non coerenti con l’applicazione della L. 40/2007 ed il R.R. n. 12/2009, in quanto risultano attivi doppi studi in ambiti comunali diversi. Le posizioni ancora attive che risultano anagrafate come - II° studi -, così come rilevati dalla Svim Service, giusto elenco aggregato e distinto ed inviato alle singole ASL, devono essere chiuse nel sistema Edotto. Le scelte acquisite dal medico di medicina generale,** **dopo l’intervenuta opzione nell’ambito territoriale in cui ricade il secondo studio, dovranno essere revocate d’ufficio. A tale riguardo la Svim service è autorizzata ad operare in tal senso. Resta confermato quanto comunicato con nota prot. n A00/152/12720/ del 18/10/2013.**

1. **Forme associative complesse Problema : per i distretti ricadenti nello stesso ambito comunale, è possibile consentire la registrazione di un medico in una forma associativa anche se l’attività è svolta nell’altro distretto dello stesso Comune?**

**Soluzione : il CPR conferma che a decorrere dall’entrata in vigore della L.R. 40/2007 le nuove forme associative devono essere aggregate e costituite solo a livello comunale. Per i comuni poli distrettuali, il vincolo di costituzione rimane in ambito distrettuale, in quanto anche ai fini della spesa farmaceutica e delle prestazioni aggiuntive non è possibile gestire un medico iscritto in un distretto diverso da quello in cui ricade la forma associativa.**

1. **Utilizzo fondi personale infermieristico ed altre figure professionali - medicina di base**

 **Quesito : alcune ASL chiedono chiarimenti in merito all’utilizzo del fondo di cui all’art. 5**

 **lett. b) dell’AIR reso esecutivo con DGR 2289/2007. Attualmente tale fondo non è**

 **gestito (dalla SVIM) e quindi agli operatori sanitari è riconosciuta l’indennità**

 **personale infermieristico che è pari a € 0,333 per assistito in carico, così come**

 **stabilito con nota regionale AOO/152/2434 del 18/11/2011.**

**Soluzione : si conferma che l’importo da corrispondersi per l’indennità di cui si discute che è**

 **pari a € 0,333 per assistito e che tale quota è cumulabile (qualora fosse già**

 **percepita) con quella prevista dall’art. 5 co.7 dell’AIR - DGR 2289/2007 -. Si**

 **precisa altresì che nel caso di coesistenza di diverse figure professionali**

 **(Infermiere, Tecnico della riabilitazione, ostetrica, assistente sanitario),**

 **l’indennità spettate al medico di MMG, nei limiti della disponibilità dei fondi, è**

 **sempre una ed unica, con la possibilità che la stessa possa essere ripartita in**

 **caso di presenza di due o più figure professionali ( per es. infermiere e Tecnico**

 **della riabilitazione, oppure infermiere ed ostetrica)**

1. **Studi Associati con Personalità Giuridica - Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta (norma finale 4 ACN 2005 e art. 21 AIR).**

**Quesito: A seguito di formale richiesta della ASL di Taranto, si chiedono chiarimenti in merito all’applicazione della norma finale n. 4/2005 dell’ACN e l’art. 21 dell’AIR dell’8/10/2007 riguardanti la trasformazione in personalità giuridica delle forme associative di medicina in gruppo, super gruppo.**

**Soluzione: Per quanto riguarda l’applicazione della norma in oggetto, la parte pubblica ritiene opportuno effettuare ulteriori approfondimenti su tale problematica che sicuramente ha implicazioni di natura fiscale. Quanto sopra anche alla luce di conoscere gli esiti del giudizio azionato da alcuni MMG nei confronti dalla ASL TA.**

1. **Accessi Domiciliari in ADP Straordinarie – Medicina di Base -.**

**Quesito: Si chiedono chiarimenti in merito alla gestione delle ADP Straordinarie.**

**In particolare, alcune ASL hanno inoltrato alla scrivente quesiti in merito alla possibilità di gestire questa tipologia particolare di accessi con il sistema Edotto con deroga al tetto del 20% previsto dalla norma vigente per il riconoscimento economico degli accessi domiciliari.**

**Soluzione: Tali prestazioni ( ADP straordinarie) non sono contemplate nell’ambito dell’ACN e/o AIR pertanto sono assoggettate al tetto del 20%. Tali attività sanitarie, semmai si dovessero concretizzare, rientrerebbero eventualmente tra le attività facenti parte di programmi e progetti sanitari definiti a livello aziendale.**

1. **Accessi Domiciliari RSA e UDT.**

**Quesito: Alcune ASL chiedono di conoscere l’ammontare delle tariffe da applicare ai medici di Continuità Assistenziale e Medicina di Base per il calcolo degli accessi in RSA e UDT. E’ quindi, indispensabile conoscere il parere e le determinazioni del CPR.**

**Soluzione: In base alla interpretazione data dal tavolo tecnico, si ritiene che per gli accessi in RSA la tariffa è pari a € 26,46, mentre per gli accessi in UDT la tariffa è pari a € 28,92. Per la Continuità Assistenziale si conferma l’abilitazione agli accessi in ADP e ADI come già avviene per la Medicina di Base.**

1. **Accessi Domiciliari ADP non pianificati.**

**Quesito: Pervengono richieste in merito alla valorizzazione economica degli accessi domiciliari non pianificati erogati dai medici. Ad oggi, tali accessi vengono inseriti in Edotto dall’area Assistenza Domiciliare ma non vengono contabilizzati perché si tratta di accessi non autorizzati e, quindi, non pianificati nel PAI.**

**Soluzione: Si conferma che gli accessi domiciliari non pianificati non sono da retribuire in quanto in contrasto con l’art. 3 e art. 5 dell’Allegato G dell’ACN vigente. Si richiama l’attenzione sulla possibilità di modificare il Programma assistenziale.**

1. **Sostituzioni Medici di medicina Generale.**

**Quesito : Chiarire quanto è stato riportato nella nota del RTI n. 4174/2013 dell’11/07/2013 e autorizzare la chiusura del relativo ticket n. BA\_33397 registrato su Tivoli Maximo.**

 **Soluzione: Il tavolo tecnico in ordine alla problematica richiamata con il ticket BA\_33397 registrato su Tivoli Maximo ravvisa la necessità che nel caso in cui la sostituzione per decesso prosegue per ulteriori 30 giorni dalla data dell’evento, deve essere corrisposto agli eredi anche la quota parte del 30% previsto dall’allegato ‘C’ dell’ACN vigente. Tale modifica dovrà entrare in vigore su Edotto a far data dall’1/03/2014.**

1. **Assegno Individuale.**

**Avendo il RTI chiuso l’attività richiesta con verbale n.35.2013/Edotto del 19/04/2013 inerente al calcolo del Fondo Assegno Individuale, e a seguito di ricognizione su tutte le ASL della Regione della stessa RTI a cui tutte le Amministrazioni Sanitarie hanno confermato il corretto calcolo del compenso già liquidato ai singoli medici, è necessario chiudere il ticket n. BA\_31426 registrato su Tivoli Maximo.**

**La parte pubblica e le OO.SS. al fine di poter esprimere il proprio parere ritengono necessario visionare i conteggi. Pertanto, si dà mandato all’ufficio di segreteria di convocare la Svim per relazionare in merito.**

1. **Compenso per attivazione e coordinamento ADI e ADT .**

**Quesito: Le ASL di Foggia e Bari chiedono che il sistema Edotto riconosca ai singoli medici che attivano il servizio di ADI, ADT e anche ADP un compenso pari a € 77,47.**

**Soluzione: Si conferma il riconoscimento economico al medico del compenso dovuto per l’attivazione dei soli piani terapeutici in ADT ( € 28,92) e ADI (€ 77,47). Resta inteso che il**

**compenso per l’avviamento del piano assistenziale, così come sopra riportato, sarà riconosciuto e attribuito solo per la prima attivazione. Pertanto nella schermata dell’Assistenza Domiciliare dovrà essere gestito un nuovo campo denominato Prima Attivazione. La Svim service dovrà provvedere in merito.**

1. **Compenso per servizio svolto in zone disagiatissime (Isole Tremiti) – Medicina di Base.**

**Quesito: La ASL di Foggia chiede se tutte le voci retribuite previste dall’ACN e dall’AIR in essere sono da triplicare per i Medici di Base in servizio sulle Isole Tremiti e se la norma consente anche la triplicazione dei compensi dovuti per l’Assegno Individuale e accessi domiciliari.**

**Soluzione: In base alla interpretazione data dal tavolo tecnico, si ritiene che i compensi da triplicare sono quelli previsti dalla strutturazione dell’art. 59 lettera ‘A’ limitatamente al comma ‘1’, lettere ‘C’ e ‘D’ identificati come ‘compensi’. Rimane inteso che attualmente la corresponsione di tali indennità, seppur da prevedersi nel Sistema Edotto, rimangono sospese, in attesa della istruttoria che dovrà portare a compimento la ASL FG, al fine di definire con criteri oggettivi la individuazione delle zone disagiate ed del relativo impatto economico.**

 **14 Quesito ASL BT**

1. **Destinazione dei fondi relativi all’anno 2012 disponibili sui fondi per finanziare i CPT. Parere circa la corretta interpretazione dell’art. 4 AIR 2007.**
2. **Nello specifico dovrà essere chiarito se la quota da imputare in deduzione dal fondo appositamente costituito per il CPT debba essere l’intera quota pari 18 € per assistito ovvero la differenza tra la quota spettante per il CPT e la quota attualmente percepita per il fondo dell’associazionismo.**

 **Soluzione**

**In ordine al punto 1, si ribadisce che i singoli fondi sono con destinazione vincolata, salvo la possibilità di rivedere la delibera di costituzione degli stessi nella fase di programmazione. In ogni caso la determinazione dei CPT è subordinata alla prescrizione dell’art. 4 co. 2 dell’AIR /2007, che prevede la destinazione di 0,43 € per residente da cui scaturisce il numero dei CPT da finanziare. Ulteriori CPT, in aggiunta a quelli previsti dall’ art. 4 ( finanziati con fondi residui) non sono rispondenti al dettato normativo surrichiamato.**

**In ordine al punto 2 si chiarisce che nel caso di trasformazione di forme associative (per es. da super gruppo a CPT) le quote del super gruppo che si dovessero liberare ritornano (interamente ) nel fondo super gruppo mentre la quota CPT viene finanziata (interamente) attingendo al fondo CPT.**

**L.c.s.**

La seduta si chiude alle ore 19,00

Letto, confermato e sottoscritto. Il segretario redigente

 (Dott. Vito Carbone)