

## PARTE SECONDA

*Deliberazioni del Consiglio e della Giunta*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 dicembre 2007, n. 2289

**Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici della medicina generale, ex art. 24 Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, relativo agli istituti normativi ed economici riservati alla trattativa regionale. Approvazione.**

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 e confermata dal Dirigente del Settore A.T.P., riferisce quanto segue:

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale, allo stato vigente, è stato sottoscritto, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dalla S.I.S.A.C. e dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, in data 23 marzo 2005.

Il precitato Accordo Nazionale all'art. 24 prevede che .... " in ciascuna Regione è istituito il Comitato Permanente Regionale, di seguito CRP, composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22....", con il compito, fra l'altro, di definire gli accordi integrativi regionali.

Con la D.G.R. n. 936, del 28 giugno 2005, è stato istituito il Comitato Permanente Regionale, composto per la parte sindacale da: FIMMG, Federazione Medici, Intesa Sindacale e CGIL; per la parte pubblica: dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, dal Dirigente del Settore ATP, dal Dirigente del Settore PGS, dal Dirigente del Settore AOS, dal Dirigente dell'AReS, dal Dirigente dell'ufficio 3 del Settore ATP, dal Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari, dal Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria Provinciale

di Lecce e dal Segretario del Comitato.

In data 24 agosto 2005, con atto n. 1226, la Giunta Regionale ha già approvato intese, sottoscritte congiuntamente dalle Parti, ridefinendo taluni istituti contrattuali;

Con la DGR n. 1400 del 2/8/07 " Documento di indirizzo economico funzionale del SSR per l'anno 2007", in considerazione delle valutazioni condivise nell'ambito dei lavori del C.P.R. per la sottoscrizione degli accordi integrativi regionali, le risorse messe a disposizione sono state ripartite nel modo seguente:

- euro 26.600.000,00 previsti nell'ambito del programma di utilizzo delle quote vincolate agli obiettivi di PSN 2003/2005;
- euro 5.000.000,00 previsti nell'ambito della prevenzione 2005/2007;
- euro 6.000.000,00 per la medicina di famiglia;
- euro 2.873.600,00 per la continuità assistenziale;
- euro 950.000,00 per il servizio di emergenza sanitaria "118";
- euro 50.000,00 per la medicina dei servizi;

per una somma pari a euro 41.473.600,00.

Il Comitato Regionale Permanente, preposto, tra l'altro, ai sensi di quanto disposto dall'art. 24 dell'ACN, alla definizione degli accordi, ha sottoscritto l'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale in data 8 ottobre 2007.

Nella seduta del 25 ottobre 2007, il C.R.P., a seguito di rilettura dell'accordo, ha verificato che il testo sottoscritto contenesse meri errori materiali, e, pertanto, ha provveduto alle correzioni.

Tale accordo, allegato A) composto da n. 100 pagine, parte integrate e sostanziale del presente schema di provvedimento, sviluppa una serie di paragrafi il cui contenuto è teso ad una migliore programmazione sanitaria regionale attraverso la valorizzazione ed il potenziamento delle cure primarie al fine di garantire più qualità assistenziale ai cittadini.

Si indicano, di seguito, i punti di forza dell'Accordo, in parola che:

- riconosce e conferma che il rapporto che si instaura tra le Aziende USL ed i medici di medicina generale per lo svolgimento dei compiti e delle attività previste dall'ACN e da quello integrativo regionale, è di "lavoro autonomo, convenzionato". I compiti e le funzioni del medico di medicina generale non possono essere esercitati o affidati ad altri soggetti o ad Enti privati;
- persegue gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale, con particolare riguardo ai bisogni di salute dei soggetti non autosufficienti, dei pazienti con SLA e dei malati terminali;
- individua modelli organizzativi a crescente grado di complessità con l'obiettivo di creare una rete di ambulatori e servizi, capillare ed efficiente, in grado di assicurare la continuità dell'assistenza. Lo sviluppo delle forme associative e la integrazione di tutte le figure professionali impegnate nei servizi territoriali sono i punti qualificanti di un processo teso al miglioramento della qualità dell'assistenza e della appropriatezza dei percorsi di cura;
- definisce le risorse per fornire ai medici di medicina generale gli strumenti di carattere strutturale e le necessarie risorse umane per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale, prevedendo il ricorso a competenze specifiche, come quelle infermieristiche, per costruire un modello assistenziale integrato di tipo multidisciplinare e multi professionale;
- avvia il processo di partecipazione alla programmazione aziendale e distrettuale da parte dei medici di medicina generale, così come definito dalle nuove politiche regionali, adottando strumenti organizzativi in grado di supportare l'azione delle istituzioni sia a livello centrale che periferico;

- sostiene lo sviluppo tecnologico della medicina generale;
- garantisce una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale; considerato

Il C.R.P., di cui all'art. 24 del ACN, oltre alla definizione degli accordi regionali, è preposto a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale, a collaborare per la costituzione di Tavoli Tecnici e/o Gruppi di Lavoro per la verifica degli standard erogativi, alla individuazione degli indicatori di qualità; considerato che tali attività gravano esclusivamente sul Segretario del C.R.P. e, valutato che le problematiche della medicina generale sono sovrapponibili a quelle della pediatria di libera scelta, si suggerisce la partecipazione, dello stesso anche ai tavoli di pediatria. Pertanto, si propone di riconoscere il gettone di presenza, oltre agli oneri riflessi a carico del datore di lavoro, così come previsto dagli artt. 13 e 14 del contratto integrativo allegato per i componenti di parte medica, per la partecipazione ai tavoli di lavoro di entrambi i comitati, purché espletati fuori dall'orario di servizio.

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

La spesa riveniente dal presente provvedimento, quantificata in euro 41.473.600,00, trova copertura nell'impegno assunto con la Determinazione Dirigenziale n. 346 del 29/10/07, sul capitolo n. 741090.

#### **IL DIRIGENTE DEL SETTORE**

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

**LA GIUNTA**

- Udita la relazione dell'Assessore alla Sanità;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore e dal Dirigente del Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

- Per le motivazioni espresse in narrativa, e quivi riportate a farne parte integrante e sostanziale;
- di approvare l'Accordo Integrativo Regionale, così come risulta dall'allegato A) composto da numero 100 pagine, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di stabilire che gli effetti giuridici ed economici del presente provvedimento decorrono dalla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia.
- di stabilire, altresì, che l'Accordo in parola resterà in vigore, in regime di prorogatio, fino alla stipula degli Accordi regionali previsti dal successivo Accordo Collettivo Nazionale qualora, quest'ultimo non ne modifichi i contenuti sostanziali;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

On. Nichi Vendola

**Accordo Regionale per la Medicina Generale in  
attuazione di quanto previsto dall'Accordo  
Collettivo Nazionale del 23.3.2005 .**

**Bari, 8 Ottobre 2007**

## Art. 1

### Premessa

1. La presente intesa tra la Regione Puglia e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale e firmatarie dell'ACN, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale stabilite con le Leggi Regionali n. 25 e 26 del 2006, disciplina il rapporto con i medici di medicina generale nella parte rimessa alla contrattazione regionale dall'Accordo Collettivo Nazionale del 23.3.2005 .
2. Le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, attività territoriali programmate, emergenza territoriale così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D. Lvo 502/92 e successive modifiche, svolte esclusivamente dai medici di medicina generale, concorrono alla realizzazione degli obiettivi fissati dall'art. 5 dell'ACN, assicurando ai cittadini pugliesi i livelli essenziali di assistenza (LEA), con i modelli organizzativi e gli strumenti operativi previsti dal presente accordo.
3. La presente intesa, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria, garantisce una assunzione condivisa di responsabilità nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, in particolare:
  - riconosce e conferma che il rapporto che si instaura tra le Aziende USL ed i medici di medicina generale - per lo svolgimento dei compiti e delle attività previste dall'ACN e da quello integrativo regionale, è di "lavoro autonomo, convenzionato". I compiti e le funzioni del medico di medicina generale non possono essere esercitati o affidati ad altri soggetti o ad Enti privati;
  - persegue gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale, con particolare riguardo ai bisogni di salute dei soggetti non autosufficienti, dei pazienti con SLA e dei malati terminali;
  - individua modelli organizzativi a crescente grado di complessità con l'obiettivo di creare una rete di ambulatori e servizi, capillare ed efficiente, in grado di assicurare la continuità dell'assistenza. Lo sviluppo delle forme associative e la integrazione di tutte le figure professionali impegnate nei servizi territoriali sono i punti qualificanti di un processo teso al miglioramento della qualità dell'assistenza e della appropriatezza dei percorsi di cura;
  - definisce le risorse per fornire ai medici di medicina generale gli strumenti di carattere strutturale e le necessarie risorse umane per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale, prevedendo il ricorso a competenze specifiche, come quelle infermieristiche, per costruire un modello assistenziale integrato di tipo multidisciplinare e multi professionale;

- 
- avvia il processo di partecipazione alla programmazione aziendale e distrettuale da parte dei medici di medicina generale, così come definito dalle nuove politiche regionali, adottando strumenti organizzativi in grado di supportare l'azione delle istituzioni sia a livello centrale che periferico;
  - sostiene lo sviluppo tecnologico della medicina generale;
  - garantisce una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale;
4. Il presente accordo chiarisce ed interpreta, inoltre, tutte quelle norme per le quali si intende garantire la uniforme applicazione in ambito regionale.



## Art. 2

### Associazionismo

1. La Regione Puglia, ai sensi della Legge Regionale 25/06, "promuove le forme associative per la erogazione dei servizi di competenza dell'assistenza primaria secondo modelli a complessità crescente, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore".
2. Le forme associative sono quelle previste dall'art. 54 dell'ACN del 23/03/2005.
3. Ai sensi dell'art. 59 lettera B comma 5, nell'ambito del programma di sviluppo delle forme associative così come definito dal presente accordo, le aziende sanitarie non riconoscono, dalla data di pubblicazione del presente accordo, nuove forme di associazionismo semplice previste dalla lettera A comma 6 dell'art. 54 ACN. Ai medici che alla data di pubblicazione del presente accordo svolgono la loro attività in forma di associazionismo semplice è dovuto un compenso forfettario annuo di €. 2,58 per ciascun assistito in carico.
4. Le Aziende sanitarie locali nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione per promuovere la qualità dell'assistenza così come fissato dall'art. 46 dell'ACN, concordano in sede di Comitato Permanente Aziendale per la medicina generale (CPA) di cui all'art. 23 dell'ACN del 23/03/2005, il piano aziendale di sviluppo delle medicine di gruppo e di rete.
5. Il piano aziendale di sviluppo delle medicine di rete e di gruppo - di cui al precedente comma - deve essere redatto ed approvato dal CPA entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, e inviato a cura dell'azienda al Comitato Permanente Regionale per la medicina generale (CPR) di cui all'art. 24 dell'ACN 23/3/2005 nei successivi 30 giorni per la presa d'atto. Esso deve fare riferimento alla situazione esistente alla data di sottoscrizione del presente accordo e cioè del 08/10/2007 comprensiva quindi delle medicine di rete e gruppo già riconosciute e delle comunicazioni inviate alla stessa data.
6. Il piano aziendale di sviluppo delle medicine di rete e di gruppo deve definire le nuove percentuali di sviluppo delle medicine in rete e gruppo, sino alla capienza del fondo aziendale previsto dall'art. 59 lettera B dell'ACN, tenendo conto:
  - dell'assetto territoriale;
  - della necessità di conciliare la capillarità della distribuzione degli studi medici di medicina generale con l'offerta dei servizi in forma centralizzata e coordinata.
7. Per il raggiungimento delle percentuali previste dal piano aziendale di sviluppo, le aziende riconoscono le ulteriori medicine di gruppo e di rete secondo i seguenti criteri:

- criterio cronologico: fa fede la data della raccomandata di invio o di deposito presso il protocollo aziendale delle comunicazioni di costituzione inviate all'azienda di appartenenza;
  - in caso in cui più comunicazioni di costituzione riportino la stessa data di invio o di deposito valgono in ordine i seguenti criteri di precedenza:
    - a. trasformazione di una medicina in rete in gruppo;
    - b. trasformazione da una associazione semplice in gruppo;
    - c. trasformazione da una associazione semplice in rete;
    - d. costituzione ex novo di una medicina di gruppo;
    - e. costituzione ex novo di una medicina di rete
8. L'orario minimo delle medicine di rete e di gruppo, di cui alla lett. B) e C) comma 6 art. 54 dell'ACN del 23.3.2005, deve essere articolato in modo tale da garantire almeno sette ore giornaliere di apertura, in maniera coordinata tra i medici aderenti. Per l'attività ambulatoriale del lunedì mattina queste devono preferibilmente garantire in maniera coordinata almeno 4 ore di apertura, salve diverse esigenze assistenziali territoriali definite caso per caso in seno al CPA ex art. 23 dell'ACN 23/3/2005.
9. Ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di rete ai sensi dell'art. 54, comma 8 dell'ACN del 23.3.2005 è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico pari a €. 5,585/assistito/anno, mentre ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 54, comma 9 dell'ACN, è dovuto un compenso forfetario annuo di €. 8,352 per ciascun assistito in carico.
10. L'associazione che per qualsiasi motivo scenda nella sua composizione al di sotto del numero minimo di tre ha l'obbligo di ricostituire il suddetto numero minimo nel termine massimo di sei mesi, durante i quali i membri superstiti mantengono il riconoscimento giuridico ed economico. Decorso tale termine l'associazione decade da ogni beneficio giuridico ed economico previsto dal presente accordo. Nel caso di ricostituzione del numero minimo di tre medici, entro il termine di cui sopra, l'associazione mantiene il riconoscimento giuridico ed i compensi per tutti i componenti.
11. Ai fini di quanto fissato al comma precedente le indennità riconosciute complessivamente all'associazione non possono essere destinate, nei limiti temporali dei suddetti sei mesi, per il riconoscimento di nuove indennità per le forme associative di cui presente articolo.



**ART. 3****Progetto Obiettivo Associazionismo Complesso**

1. In ogni azienda è costituito il fondo di cui ai progetti di piano - ai sensi degli articoli 34 e 34 bis della Legge 662/96 - per la sperimentazione di ulteriori attività attribuite e svolte dalla medicina di rete e di gruppo.
2. Il fondo di cui al comma precedente è determinato moltiplicando € 2.20 per il numero dei cittadini residenti nell'ambito delle risorse individuate dalla DGR 1400/07 a modifica della DGR 369/06.
3. Nell'ambito delle risorse di cui al comma precedente le aziende concordano in seno al CPA un progetto aziendale delle forme sperimentali previste dal presente articolo.
4. Il Progetto aziendale medicine complesse di rete e di gruppo, definite super rete e super gruppo, deve essere approvato dal CPA e adottato con provvedimento aziendale entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, tenendo conto del piano aziendale di sviluppo dell'associazionismo di cui all'articolo 2 del presente accordo.
5. Il progetto aziendale, di cui al presente articolo, fissa le percentuali di sviluppo delle forme "super rete" e "super gruppo" e conseguentemente, in coerenza, provvede alla relativa ripartizione delle risorse di cui al fondo previsto al primo comma del presente articolo.
6. Il CPA, in fase di prima applicazione, ripartisce il fondo di cui al primo comma del presente articolo così come segue:
  - 30% del fondo, riservato esclusivamente allo sviluppo delle forme di super gruppo;
  - 30% del fondo, riservato esclusivamente allo sviluppo delle forme super rete;
  - 40% del fondo a disposizione per incrementare le predette percentuali in ragione del piano aziendale di sviluppo di cui al presente articolo.
7. Le forme super rete e super gruppo devono garantire:
  - a) orario giornaliero articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti tale da assicurare almeno 10 ore di attività ambulatoriale;
  - b) l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura;
  - c) adesione obbligatoria ai progetti regionali già approvati alla data di pubblicazione del presente accordo e dei progetti successivamente approvati dal CPR; *(oltre lo svolgimento dei compiti definiti dal CPR nell'ambito dei progetti di screening per la prevenzione del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto, obbligatori per tutti i medici pugliesi e remunerati con le risorse di cui all'art. 59, lett. B, comma 15, ACN).*
8. I medici in super gruppo che aderiscono al presente progetto devono operare esclusivamente in sede unica.

9. Le forme super gruppo che aderiscono al presente progetto possono operare anche in sedi messe a disposizione dall'azienda sanitaria territorialmente competente, senza alcuna decurtazione di compenso o indennità.
10. L'articolazione dell'orario giornaliero di attività ambulatoriale è decisa in piena autonomia dai medici componenti le forme super rete e super gruppo, anche in considerazione della popolazione assistita in carico ai singoli medici, avendo come obiettivo prioritario il miglioramento organizzativo dell'assistenza.
11. Le medicine di gruppo e di rete riconosciute ai sensi del comma 4 lettera S dell'art. 54 dell'ACN, possono trasformarsi in super rete e super gruppo sino al concorso delle risorse ripartite secondo lo schema di cui al comma 6 del presente articolo inviando alla ASL di appartenenza la comunicazione di trasformazione secondo il modello di cui all'allegato A. Le comunicazioni sono graduate sulla base del criterio cronologico: fa fede la data di invio della raccomandata o di deposito presso il protocollo dell'azienda di appartenenza. In caso in cui più comunicazioni riportano la stessa data di invio o di deposito valgono in ordine i seguenti criteri di precedenza:
  - o anzianità di costituzione della medicina di rete o di gruppo così come desunta dalla data di comunicazione all'azienda;
  - o il maggior numero di assistiti in carico ai medici aderenti alla medicina di rete o di gruppo.
12. L'azienda, ricevuta la comunicazione, verifica il rispetto dei requisiti previsti dai commi 7, 8 e 9 e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento della comunicazione, nel rispetto dei requisiti fissati ai commi 7, 8 e 9.
13. Lo stato di attuazione del Progetto aziendale di cui al presente articolo è oggetto di verifica annuale da parte del CPA. L'esito della verifica viene comunicato al CPR a cura dell'Azienda.
14. Ai medici associati in super gruppo è riconosciuta una indennità pari a €. 5,43 annua per assistito, aggiuntiva rispetta a quella di €. 8,36 prevista per la "medicina di gruppo" di cui al comma 9 del precedente articolo, per un totale pari a €. 13,79 annua per assistito. Fermo restando la partecipazione alle attività di cui alle lettere b) e c) del comma 7 del presente articolo, ai medici associati in super gruppo spettano anche le relative e specifiche indennità di progetto.
15. Ai medici associati in super rete è riconosciuta una indennità pari a €. 2,79 annua per assistito. Tale indennità è aggiuntiva rispetta a quella di €. 5,585 prevista per la "medicina di gruppo" di cui al comma 9 del precedente articolo, per un totale pari a €. 8,375 annua per assistito. Fermo restando la partecipazione alle attività di cui alle lettere b) e c) del comma 7 del presente articolo, ai medici associati in super rete spettano anche le relative e specifiche indennità di progetto.

**ART. 4****Centro polifunzionale territoriale**

1. Il Centro polifunzionale territoriale (CPT) garantisce l'assistenza primaria secondo un modello organizzativo a complessità crescente a partire dall'aggregazione di medici di famiglia che assicurano in una sede unica la continuità assistenziale h 12 (8-20). Il centro può essere realizzato direttamente in strutture messe a disposizione dai medici o con l'utilizzo di sede e personale messi a disposizione dall'azienda territoriale.
2. Ogni azienda costituisce il fondo per le sperimentazioni dei Centri Polifunzionale territoriali nella misura di €. 0,43 per residente, utilizzando le risorse di cui ai progetti di piano ai sensi degli articoli 34 e 34 bis della Legge 662/96, fissate dalla DGR 1400/07 a modifica della DGR 369/06.
3. Per la sperimentazione del Centro polifunzionale territoriale di assistenza primaria, la popolazione di riferimento deve essere compresa tra 10.000 e 15.000 assistibili. Eventuali deroghe proposte dal CPA sono oggetto di valutazione nell'ambito dei compiti attribuiti al tavolo CPR.
4. Le Aziende concordano, nell'ambito del CPA, il programma attuativo relativo alle forme sperimentali previste dal presente articolo, in linea con gli indirizzi di programmazione regionale. Tale programma è inviato al CPR per il monitoraggio previsto dall'art. 23 dell'ACN.
5. Il programma deve tener conto del criterio di omogenea distribuzione territoriale prevedendo la costituzione dei centri polifunzionali territoriali in più distretti, compatibilmente con le risorse previste dal fondo di cui al comma 2.
6. Fermo restando quanto previsto dal comma precedente, per il riconoscimento del centro polifunzionale territoriale si applica il criterio cronologico riferito alle comunicazioni inviate dai medici di famiglia all'azienda di appartenenza. In caso di più comunicazioni con stessa data di invio tramite raccomandato o di deposito presso il protocollo aziendale, vale quale criterio di precedenza il maggior numero di assistiti in carico ai medici aderenti al CPT.
7. Il Centro polifunzionale territoriale deve possedere oltre i requisiti strutturali previsti dall'ACN per lo studio unico della medicina di gruppo, un ambulatorio per le attività mediche dedicate ed un ambulatorio per le attività infermieristiche.
8. Ai medici che aderiscono alla sperimentazione del Centro Polifunzionale territoriale è riconosciuta una indennità omni-comprensiva di €. 18,00 annui per assistito. La suddetta indennità riassume tutte le indennità già percepite per tutte le altre forme di associazionismo.
9. Il modello organizzativo riferito al Centro Polifunzionale Territoriale trova ulteriore applicazione nell'ambito delle forme sperimentali delle UTAP e della Casa della Salute, relativamente alla erogazione dell'assistenza primaria nell'arco delle 12 ore diurne.



**Art. 5****Progetto per il personale delle forme super rete, super gruppo e CPT****A. Collaboratore di studio**

1. In ogni azienda per garantire la presenza di collaboratore di studio nelle forme super rete, super gruppo e CPT è costituito il fondo di cui al progetto biennale di piano ai sensi degli articoli 34 e 34 bis della Legge 662/96, pari a €. 2,15 per ogni residente nei limiti delle risorse complessive di cui alla DGR 1400/07 a modifica della DGR 369/06.
2. Ove già attribuita al medico, l'indennità di collaboratore di studio prevista dall'art. 59 dell'ACN rimane confermata. Tale indennità è infatti distinta e cumulabile con quella prevista dal presente articolo, fermo restando quanto previsto dal successivo comma 4. La somma delle due indennità di cui sopra, qualora percepite, non potrà essere superiore alle spese realmente sostenute.
3. A ogni medico che opera nelle forme super rete e super gruppo e CPT, di cui agli articoli 3 e 4 del presente accordo, viene garantita la presenza di collaboratori di studio attraverso:
  - a. nuove assunzioni;
  - b. rimodulazione degli orari di lavoro dei collaboratori di studio già assunti e per i quali medico percepisce la relativa indennità prevista dall'ACN.

L'obbligo decade qualora il fondo di cui al comma 1 del presente articolo si esaurisca.

4. Ad ogni medico che garantisce la presenza del collaboratore secondo quanto innanzi previsto e secondo il relativo contratto collettivo nazionale, per un periodo minimo corrispondente a quello di adesione del medico al progetto, è riconosciuta una indennità annua di €. 5,633 per assistito, corrisposta in dodicesimi. I costi per il lavoro dipendente, inclusi emolumenti stipendiali – oneri sociali a carico del professionista – retribuzione differita e ogni altro onere, non potranno essere inferiori alle indennità percepite. A tali costi si aggiungono i costi per la gestione amministrativa contabile del contratto di lavoro in parola (costo del consulente del lavoro, trasmissione telematica dichiarazioni, ecc) nella misura massima di €. 600/ annui per singola assunzione.
5. La domanda di riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio è presentata da ogni medico che opera nelle forme di super rete, di super gruppo e CPT ed è graduata sulla base del criterio cronologico: fa fede la data di invio della raccomandata o di deposito della richiesta presso il protocollo dell'azienda di appartenenza. L'azienda comunica al medico richiedente il riconoscimento della indennità, nell'ambito del fondo di cui al comma 1 del presente articolo. Il medico, entro il termine di 30 giorni dalla data di comunicazione da parte della ASL del riconoscimento, deposita presso l'azienda di appartenenza il nuovo contratto di lavoro stipulato o il contratto recante la rimodulazione dell'orario di lavoro. L'indennità decorre dalla data di assunzione/ rimodulazione.

## B. Personale infermieristico

6. In ogni azienda per garantire la presenza di personale infermieristico nelle forme super rete, super gruppo e CPT è costituito il fondo di cui al progetto biennale di piano ai sensi degli articoli 34 e 34 bis della Legge 662/96, pari a €. 1,75 per residente nei limiti delle risorse complessive fissate dalla DGR 1400/07 a modifica della DGR 369/06.
7. Ove già attribuita al medico, l'indennità prevista dall'art. 59 dell'ACN, lettera B, comma 7, dell'ACN rimane confermata. Tale indennità, infatti, è distinta e cumulabile con quella prevista dal presente articolo, fermo restando quando previsto dal successivo comma 9. La somma delle due indennità di cui sopra, qualora percepite, non potrà essere superiore alle spese realmente sostenute.
8. Nelle forme super rete, super gruppo e CPT, di cui agli articoli art 3 e 4 del presente accordo, la presenza di personale infermieristico viene garantita attraverso:
  - a. nuove assunzioni;
  - b. rimodulazione degli orari di lavoro del personale infermieristico già assunto e per i quali il medico percepisce la relativa indennità prevista dall'ACN;
  - c. attività professionale resa in regime di libera professione.
9. Ad ogni medico che garantisce la presenza di personale infermieristico secondo quanto innanzi previsto e secondo il contratto collettivo nazionale della sanità privata, per un periodo minimo corrispondente a quello di adesione del medico al progetto, è riconosciuta una indennità annua di €. 12,73 per assistito, corrisposta in dodicesimi. I costi per il lavoro dipendente, inclusi emolumenti stipendiali – oneri sociali a carico del professionista – retribuzione differita e ogni altro onere, non potranno essere inferiori alle indennità percepite. A tali costi si aggiungono i costi per la gestione amministrativa contabile del contratto di lavoro in parola (costo del consulente del lavoro, trasmissione telematica dichiarazioni, ecc) nella misura massima di €. 600/ annui per singola assunzione. Il contratto in regime di libera professione deve essere stipulato con riferimento al costo orario di €. 17. Gli infermieri sono tenuti a garantire tutte le prestazioni professionali riferibili alle attività assistenziali previste dall'ACN, incluse le prestazioni domiciliari.
10. La domanda di riconoscimento dell'indennità di personale infermieristico è presentata da ogni medico che opera nelle forme di super rete, di super gruppo e CPT ed è graduata sulla base del criterio cronologico: fa fede la data di invio della raccomandata o di deposito presso il protocollo dell'azienda di appartenenza. L'azienda comunica al medico richiedente il riconoscimento della indennità, nell'ambito del fondo di cui al comma 1 del presente articolo. Il medico, entro il termine di 30 giorni dalla data di comunicazione da parte della ASL del riconoscimento, deposita presso l'azienda di appartenenza il nuovo contratto di lavoro stipulato o il contratto recante la rimodulazione dell'orario di lavoro o il contratto libero

professionale. L'indennità decorre dalla data di assunzione/ rimodulazione, inizio attività libero professionale.

11. Il personale infermieristico di cui al presente articolo dovrà essere utilizzato per assicurare nel seguente ordine di priorità:
  - l'assistenza domiciliare,
  - le attività relative ai progetti regionali sulla prevenzione,
  - le altre attività infermieristiche.



## Art. 6

### Assistenza Domiciliare

1. L'assistenza domiciliare è garantita:
  - secondo la modalità programmata nei confronti di pazienti non ambulabili (ADP) così come previsto dall'allegato G dell'ACN;
  - secondo programmi di presa in carico con o senza integrazione sociale(ADI) con le modalità previste dall'allegato H dell'ACN;
  - secondo modalità di presa in carico temporanea (ADT) nei confronti di pazienti con un quadro clinico acuto, finalizzata ad evitare un ricovero in ambiente ospedaliero.
2. In quest'ultimo caso il medico è tenuto a redigere un piano assistenziale da inserire nella scheda individuale, di cui all'allegato B, che contenga la diagnosi, il progetto assistenziale e la durata presumibile dell'assistenza.
3. Entro 48 ore dall'attivazione tale piano è inviato, anche via fax, al Distretto per gli adempimenti di competenza e per l'attività di monitoraggio previsto dall'art. 25 dell'ACN,.
4. L'attività di monitoraggio riferita all'Assistenza Domiciliare è svolta dall'Ufficio Aziendale delle Cure Primarie di cui alla legge regionale 26/06 attraverso il Centro di Coordinamento Aziendale (CCA) per le Cure Domiciliari di cui al successivo art. 10.
5. L'assistenza infermieristica per gli assistiti dei medici che partecipano al progetto obiettivo regionale di cui all'art 3 e 4 del presente accordo viene assicurata dal personale infermieristico assegnato secondo quanto previsto dall'art. 5 lettera B del presente accordo. In tutti gli altri casi viene interpellato il distretto di competenza.
6. Il distretto fornisce, a richiesta, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP di cui all'allegato D dell'ACN per l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al medico di medicina generale che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.
7. Per l'ADP il compenso per ogni accesso è quello previsto dalla DGR 566/2004 ed è pari a €. 26,46. Il limite previsto dalla lettera C comma 2 art. 59 dell'ACN è pari al 20% di tutti i compensi mensili e si applica a tutti gli accessi effettuati nel mese. Ai pazienti ospitati in RSA/residenza protetta si applicano le norme previste dal presente comma.
8. Il Medico di Medicina Generale propone, qualora necessarie, le modifiche al piano assistenziale. Il Distretto pone in essere previste dall'allegato G dell'ACN. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'ADP è custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente.
9. Il compenso per ogni accesso in ADI, di cui all'art. 5 dell'allegato H dell'ACN, è quello previsto dalla DGR 566/2004 ed è pari a € 28,92. Il compenso previsto per l'attività di attivazione, e coordinamento degli interventi dei pazienti in ADI è quello previsto dalla DGR 566/04 ed è pari a € 77,47. Ai

pazienti assistiti in Ospedale di Comunità si applicano le norme previste dal presente comma.

10. Per l'attivazione dell'ADT e la compilazione del piano assistenziale è dovuto un compenso pari a € 28,92. Gli accessi previsti dal piano sono retribuiti, così come per l'ADI, nella misura di € 28,92.
11. Le risorse necessarie a garantire queste forme di assistenza domiciliare trovano copertura nell'ambito dello specifico fondo individuato dal presente accordo.

## **Art. 7**

### **Progetto di attivazione dei PDT**

1. I medici di famiglia possono attivare ambulatori dedicati alla presa in carico di pazienti affetti da: Diabete Mellito; Sindrome Metabolica e per la rilevazione del rischio cardio-vascolare.
2. Per il diabete mellito e la rilevazione del rischio cardio-vascolare si fa riferimento agli specifici piani di attività previsti dal Piano di Prevenzione Attiva approvati dalla Giunta Regionale con DGR 824/05 e DGR 157/06.
3. Sarà cura del CPR definire gli aspetti operativi dei piani di cui al precedente comma.
4. I medici che operano nelle associazioni complesse di cui al progetto obiettivo regionale di cui agli articoli 3 e 4 del presente accordo sono tenuti comunque all'attivazione dei suddetti ambulatori dedicati riferiti ai tre progetti sopra indicati.
5. I medici di assistenza primaria possono attivare un ambulatorio dedicato alla rilevazione della sindrome metabolica presente nella propria popolazione assistita secondo le modalità di cui all'allegato C. L'attivazione di questo PDT rientra tra i compiti dei medici che operano in associazione complessa di cui al progetto obiettivo regionale ex art 3 del presente accordo. La rilevazione dovrà essere completata entro il 31 dicembre 2008 e sarà finanziata con le risorse riferite rispettivamente alle annualità 2007 e 2008 di cui al fondo lettera B art. 59 dell'ACN. Eventuali necessità finanziarie aggiuntive potranno essere soddisfatte dalle economie del fondo dell'anno di riferimento o attribuite all'annualità dell'anno successivo di cui al fondo lettera B art. 59 ACN. Ai medici che aderiscono al progetto sarà corrisposto un compenso pari a €. 12,50 per ogni paziente arruolato per sindrome metabolica. I dati riassuntivi relativi all'arruolamento dei pazienti con sindrome metabolica saranno inviati ai distretti e da questi all'Ufficio Aziendale delle Cure Primarie. I medici inviano all'OER i dati relativi alla rilevazione della sindrome metabolica, secondo le modalità concordate nell'ambito del CPR.

## **Art. 8**

### **Percorsi assistiti a domicilio**

#### ***Progetto sperimentale di assistenza ai pazienti affetti da SLA***

1. I medici di assistenza primaria assumono la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da SLA nel rispetto di un percorso assistenziale definito e avvalendosi della rete regionale di assistenza ai malati di SLA.
2. Il medici di assistenza primaria garantiscono in assistenza domiciliare due accessi mensili programmati ed una disponibilità telefonica dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 20,00. In caso in cui vi siano condizioni cliniche che richiedano una assistenza integrata o un monitoraggio con un numero maggiori di accessi il medico può attivare le altre forme di assistenza domiciliare ADI o ADT che sono aggiuntive alla suddetta presa in carico.
3. Il medico di medicina generale per assicurare i percorsi di assistenza utilizza il Centro di coordinamento delle cure domiciliari dell'Ufficio Aziendale delle cure primarie.
4. Il Centro attiva la rete regionale di assistenza per questa patologia per quanto di competenza e utilizza i percorsi preferenziali che le aziende devono garantire per le ulteriori prestazioni da erogare.
5. Il Centro effettua il monitoraggio delle prestazioni domiciliari necessarie che devono essere erogate a cura del distretto di competenza.
6. Ai medici che assumono la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da SLA è corrisposta una indennità di €. 100 al mese a paziente, comprensiva dei due accessi mensili e della disponibilità telefonica.

## **Art. 9**

### **Presa in carico dei paziente terminali**

1. Il medico di medicina generale in qualità di responsabile della presa in carico del paziente gestisce i programmi di assistenza domiciliare ai pazienti terminali. Partecipa, pertanto, ad un percorso di formazione specifica.
2. Nell'ambito del CPR viene definito il programma formativo di cui al comma precedente, da attivarsi in tutte le aziende della Regione entro sei mesi dalla pubblicazione del presente accordo.
3. Il medico di medicina generale per assicurare il percorso assistenziale si avvale del Centro di Coordinamento Aziendale delle cure domiciliari.
4. L'Azienda entro un anno dalla pubblicazione del presente accordo presenta un piano aziendale, condiviso dal CPA, che individua personale e strutture necessarie alla costituzione della rete assistenziale.
5. Nelle more dell'adozione del piano aziendale i medici di medicina generale assicurano la propria opera professionale attivando l'assistenza domiciliare ivi compreso l'ADT con modalità che prevedono anche una elevata intensità assistenziale.



**Art. 10****Coordinamento aziendale delle Cure Domiciliari**

1. Per il potenziamento dell'assistenza domiciliare erogata nelle forme dell'assistenza domiciliare programmata, dell'assistenza domiciliare integrata e dell'assistenza domiciliare temporanea, l'azienda sanitaria locale istituisce presso l'Ufficio aziendale delle cure primarie il Centro di Coordinamento Aziendale (CCA) per le Cure Domiciliari che è curato e gestito dai medici di Continuità Assistenziale.
2. Il distretto trasmette, ai fini del monitoraggio, all'Ufficio Aziendale delle Cure Primarie la comunicazione di tutti i casi di attivazione dell'assistenza domiciliare.
3. Il CCA svolge la funzione di riferimento:
  - a. per l'attivazione dell'assistenza domiciliare nel caso di dimissioni protette dai reparti di ricovero;
  - b. per la erogazione delle prestazioni previste dal piano di cura, in particolare nei casi di attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti affetti da SLA e in fase terminale.
4. La procedura per la presa in carico del paziente alla dimissione dall'ospedale avviene come segue:
  - a. Il CCA recepisce la richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare in dimissione da parte dell'unità operativa interessata.
  - b. Attiva il medico di famiglia e l'unità distrettuale di riferimento.
  - c. Nel caso di ADI attiva la Porta Unica di Accesso (PUA) distrettuale.
  - d. Coordina, sentiti gli interessati, le azioni per il trasferimento a domicilio e la presa in carico secondo l'intervento concordato.
5. Il CCA recepisce le segnalazioni di criticità riguardanti l'assistenza domiciliare, da parte di: medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziali, associazioni di volontariato e cittadini/utenti; e pone in essere tutte le azioni tese alla soluzione dei problemi rappresentati.
6. Il CCA comunica ( via telefonica o telematica) alle varie postazioni di C.A. l'elenco dei soggetti in assistenza domiciliare relativamente al territorio di propria competenza e segnala la necessità di eventuali accessi programmati.
7. Il CCA coordina gli interventi, di pertinenza della medicina generale in occasione di situazioni di emergenza assistenziale (emergenze climatiche, emergenze epidemiologiche stagionali, ecc).
8. Ulteriore compito del CCA è il monitoraggio dell'attività aziendale della Continuità Assistenziale. Il responsabile medico distrettuale di cui all'art. 40 del presente accordo trasmette la relazione mensile al CCA entro il 5 del mese successivo al mese di riferimento.

- a. numero verde telefonico;
  - b. postazione telematica con collegamento internet;
  - c. scheda con recapiti telefonici e telematici dei reparti di ricovero ( anche case cura private);
  - d. scheda con recapiti telefonici e telematici dei servizi territoriali distrettuali e dipartimentali;
  - e. scheda con orari ambulatorio e recapiti telefonici e/o telematici degli specialisti ambulatoriali;
  - f. scheda con orari ambulatorio e recapiti telefonici e/o telematici dei Medici di Assistenza Primaria;
  - g. scheda con recapiti telefonici e telematici delle PUA distrettuali.
  - h. progetto formativo
10. Per lo svolgimento dei compiti previsti, le aziende, in ragione dei diversi carichi di lavoro riferiti alla popolazione residente, organizzano il turno di servizio secondo lo schema seguente:

ASL Bat – ASL Br	20 ore	Ore 09-13	1 unità/turno
ASL Ta – ASL Fg	40 ore	Ore 09-13	2 unità/turno
ASL Le	60 ore	Ore 09-13	3 unità/turno
Asl Bari	80 ore	Ore 09-13	4 unità/turno

11. Ai medici incaricati sono corrisposti i compensi previsti dall'art. 72 dell'ACN e dalle lettere a) e d) di cui al comma 3 dell'art. 39 del presente accordo.
12. Il progetto di cui al presente articolo ha valenza sperimentale ed entro il 31/12/2008, sulla base dei risultati ottenuti nei primi sei mesi, il CPR aggiorna il modello organizzativo.

**Art. 11****Ufficio di Coordinamento aziendale delle cure Primarie ai sensi dell'art. 21 comma 3 LR 26/06**

1. L'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP), la cui organizzazione è di pertinenza dell'Azienda, è diretto da un medico di medicina generale indicato dal Comitato Permanente Aziendale (CPA) per la medicina generale, su proposta della parte medica sindacale, e nominato dal Direttore Generale.
2. Nel caso in cui da parte sindacale non pervenga una proposta unitaria, la designazione del medico di medicina generale di cui al comma 1 avviene con le modalità previste dalla DGR 936 del 28/06/05 in applicazione del comma 3 art 21 LR 26/06.
3. Il medico di medicina generale responsabile dell'UACP invia annualmente al Comitato Permanente Aziendale una relazione sul monitoraggio delle attività svolte a livello distrettuale per garantire la partecipazione dei medici di medicina generale alle scelte strategiche di programmazione aziendale.
4. Il medico di medicina generale responsabile dell'UACP partecipa d'ufficio al Comitato Permanente Aziendale.
5. La parte sindacale del CPA, sulla base dell'attività svolta, conferma ogni 12 mesi la designazione del responsabile dell'UACP.
6. In caso di attività ritenuta incongrua la parte sindacale del comitato può revocare la designazione, anche prima del termine fissato dal comma precedente, ed effettuare la nuova designazione. Il Direttore Generale, conseguentemente, provvede alla nuova nomina.
7. Compiti dell'UACP:
  - a. esprime parere per la definizione del Piano Attuativo Locale (PAL), strumento triennale di pianificazione strategica dell'azienda che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, e del Piano Annuale delle Attività (PAA), strumento che individua gli obiettivi annuali e le risorse necessarie per raggiungerli;
  - b. provvede al monitoraggio delle attività svolte dagli uffici UDMG (Ufficio Distrettuale della Medicina Generale) sulla base delle relative relazioni trimestrali;
  - c. al fine di poter espletare in maniera compiuta i compiti previsti dal presente regolamento, l'azienda assicura l'invio all'UACP delle relazioni e documenti prodotti da tutti i gruppi di lavoro, commissioni ed organismi aziendali, anche di studio e/o sperimentazione, relativi alla medicina generale;
  - d. sovrintende l'attività del Centro di Coordinamento aziendale delle Cure Domiciliari così come definito dall'art. 10 del presente accordo.



8. Il responsabile della UACP garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di quattro accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste dell'Azienda. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito dal successivo comma 11 lettera b) art. 13 del presente accordo.

**Art. 12**** **Coordinamento distrettuale delle cure Primarie ai sensi dell'art. 14 LR****

1. L'Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (UDMG) è livello organizzativo autonomo del distretto, ai sensi del comma 13 art. 14 LR 25/06. Ha sede all'interno del distretto.
2. È composto da tre medici di medicina generale che coincidono con i componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale previsto dall'art. 25 dell'ACN. Per la costituzione dell'Ufficio si applicano le procedure ivi previste.
3. Il membro di diritto di cui all'art. 25 dell'ACN, indicato dalle OOSS nell'ambito del CPA e nominato dal Direttore Generale, è il responsabile dell'ufficio di cui al comma 1 e partecipa alle attività dell'Ufficio Aziendale di Coordinamento delle cure primarie di cui al comma 3 art. 21 LR 26/06.
4. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo il Direttore Generale istituisce l'UDMG.
5. L'UDMG collabora con il Direttore del Distretto alla definizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT), nel rispetto di quanto previsto all'articolo 3-quinquies del D. Lvo 229/99.
6. L'UDMG rappresenta a livello distrettuale l'organismo istituzionale per i rapporti tra la medicina generale del distretto e il Direttore del distretto relativamente ai compiti di cui al presente accordo. In particolare svolge i seguenti compiti:
  - a. definisce, con il direttore dell'unità operativa delle cure primarie (UOCP) di cui al comma 8 art.14 LR 25/06, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi della medicina generale definiti dal PAT.
  - b. valuta i dati del monitoraggio relativi all'attuazione del Programma delle attività distrettuali e alla gestione delle relative risorse con riferimento alla medicina generale e trimestralmente invia una relazione scritta all'UACP.
  - c. valuta i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti non in linea con gli indirizzi regionali.
  - d. assume iniziative per organizzare tra i medici di medicina generale momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso per il raggiungimento degli obiettivi relativi ai progetti di cui al PAT, rappresentando l'interfaccia tra i medici di medicina generale operanti nel distretto e l'UOCP che ha la responsabilità gestionale di tutti i servizi distrettuali complementari all'attività di assistenza primaria, in particolare per quanto attiene l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica, l'assistenza protesica.

7. Il responsabile della UDMG garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di quattro accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste del Distretto e/o dall'azienda. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito al successivo dal comma 11 lettera b) art. 13 del presente accordo.
8. I due medici componenti della UDMG assicurano gli accessi richiesti dal Distretto e/o dall'azienda. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito al successivo comma 11 lettera b) art. 13 del presente accordo.
9. In fase di prima applicazione, sino a nuove disposizioni concordate in seno al CPR, la composizione dell'UDMG coincide con l'attuale composizione dell'Ufficio distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale previsto dall'art. 25 dell'ACN. Il medico responsabile della UDMG è il medico designato dal CPA ex art. 23 quale membro di diritto dell' UCAD.
10. Le OOSS componenti il CPR propongono programmi formativi finalizzati alla qualificazione professionale riferita agli specifici compiti previsti in applicazione degli articoli LR 25 e 26. Il CPR valida i suddetti programmi al fine di garantire percorsi formativi omogenei su tutto il territorio regionale. La Regione Puglia recepisce con apposito provvedimento .

## Art. 13

### Rappresentatività Sindacale

1. Il Comitato Regionale di cui alla DGR 936 del 28/06/05 è composto dalla delegazione di parte pubblica e dalla delegazione di parte sindacale.
2. Ai fini della composizione e del funzionamento si adotta la formula della delegazione da ritenersi valida sia per le Organizzazioni sindacali che per la parte pubblica.
3. La consistenza associativa è determinata dal numero delle deleghe conferite alle singole aziende dai MMG per la ritenuta del contributo sindacale e risultanti al 1 Gennaio di ogni anno.
4. Nell'ambito del CPR, la delegazione di parte sindacale è composta da nove membri individuati secondo la rappresentatività sindacale calcolata sulle deleghe accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno come previsto dal comma 2 dell'art. 22 dell'ACN del 23.3.2005.
5. Al fine di garantire la partecipazione di tutte le OO.SS. firmatarie dell'ACN, così come stabilito dall'interpretazione autentica, sottoscritta dalla SISAC e dalle OO.SS. maggiormente rappresentative il 29 settembre 2005, la parte sindacale del CPR si arricchirà di un componente per ciascuna sigla sindacale firmataria ma non rappresentata nell'ambito dei 9 componenti.
6. In ogni decisione nella quale si da corso ad una votazione la parte pubblica, fermo restando la tutela dell'interesse pubblico, tiene conto del voto espresso dai componenti del Comitato in ragione della consistenza associativa.
7. Nell'ambito del CPA ex art. 23 dell'ACN del 23.3.2005, la delegazione sindacale è composta da sette medici. Al fine di garantire la partecipazione di tutte le OO.SS. firmatarie dell'ACN così come stabilito dall'interpretazione autentica sottoscritta dalla SISAC e dalle OO.SS. maggiormente rappresentative il 29 settembre 2005, la parte sindacale del CPA si arricchirà di un componente per ciascuna sigla sindacale firmataria ma non rappresentata nell'ambito dei 7 componenti.
8. Il Comitato Permanente Regionale avvia programmi di lavoro e attività di monitoraggio e valutazione sullo stato di attuazione dell'accordo regionale e degli accordi aziendali.
9. La Regione, ai fini dello svolgimento dell'attività del monitoraggio di cui all'art. 24 dell'ACN e nel rispetto delle prerogative proprie del ruolo delle organizzazioni sindacali, fornisce periodicamente al CPR i dati relativi all'applicazione dell'accordo sul territorio regionale, suddiviso per ASL e Distretti.
10. Le determinazioni del comitato, ai fini della uniforme applicazione del contratto sul territorio regionale, costituiscono interpretazione autentica della normativa vigente e sono trasmesse alle aziende per gli adempimenti di competenza.
11. A ciascun componente le delegazioni delle OO.SS., definite come previsto dai commi precedenti, compete per ogni accesso:

- a. a livello regionale: € 155,00 , oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione;
  - b. a livello aziendale: € 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.
12. Tale onere è a carico dell'azienda di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata, a decorrere dalla data di costituzione dei Comitati di cui agli articoli 23 e 24 dell'ACN e delle Commissioni di cui all'art. 21, comma 1, dello stesso ACN.
  13. Tale indennità si estende a tutti gli organismi previsti dall'ACN, nonché ai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro o commissioni distrettuali, aziendali e regionali in cui siano presenti rappresentanti delle OOSS.
  14. Le aziende sanitarie provvedono al versamento del contributo Enpam e alla ritenuta irpef su tutti i compensi di cui sopra.

#### **Art. 14**

##### **Attività di Segreteria del Comitato Permanente Regionale**

1. Le attività di Segreteria del Comitato Permanente Regionale per la Medicina Generale vengono assicurate dal competente ufficio dell'Assessorato Regionale per le Politiche della Salute.
2. Al fine di assicurare le necessarie competenze tecniche e sanitarie per l'espletamento dei compiti derivanti dall'applicazione dell'ACN e dell'accordo integrativo regionale, il competente ufficio assessorile si avvale della collaborazione di due MMG indicati dal CPR.
3. I due medici di cui al comma precedente sono indicati dalle OOSS maggiormente rappresentative nell'ambito del CPR.
4. Il CPR approva il piano di lavoro relativo al monitoraggio dell'accordo collettivo nazionale e integrativo regionale, concordando con il competente ufficio assessorile il numero degli accessi che i medici designati devono assicurare.
5. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito all'art. 13 comma 11 lettera a) del presente accordo.



## Art. 15

### Diritto di sciopero

1. Il medico di famiglia che partecipa allo sciopero ha l'obbligo, ai sensi del comma 3 - art.31 dell'ACN, di effettuare:
  - a) le visite domiciliari urgenti.
  - b) l'assistenza domiciliare così prevista dall'art. 5 del presente accordo.Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.
2. Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, effettuerà la trattenuta del 60% della giornata lavorativa. La giornata lavorativa si ottiene dividendo il totale lordo delle competenze delle seguenti voci: onorario professionale, assegno ad personam; indennità informatica; del mese in cui è stato effettuato lo sciopero per il numero dei giorni dello stesso mese.

## Art. 16

### Graduatorie

1. L'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati, pubblicati sul BURP, avviene riservando:
  - a. una percentuale pari al 67% a favore degli aspiranti di cui all'art. 16, comma 7, lett. a), dell'ACN del 23 marzo 2005 (possessori dell'Attestato di Formazione);
  - b. una percentuale pari al 33% a favore degli aspiranti di cui all'art. 16, comma 7, lett. b), dell'ACN del 23 marzo 2005 (possessori del titolo equipollente).
2. Il calcolo delle percentuali spettanti per ciascuna riserva di posti è fatto sul totale degli incarichi per ciascuna attività pubblicati a livello Aziendale al netto dei trasferimenti.
3. Per l'attribuzione degli incarichi vacanti si utilizza il criterio dell'alternanza fino ad esaurimento dei posti spettanti a ciascuna riserva, partendo dalla graduatoria degli aspiranti di cui all'art. 16, comma 7 lett. a), ACN (possessori dell'Attestato di Formazione).
4. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale uguale per entrambe le riserve, il relativo posto è assegnato ai medici di cui all'art. 16, comma 7 lett. b) (titolo equipollente).

*I esempio: posti aziendali da assegnare 5 (cinque): 3 posti alla quota a) - 2 posti alla quota b); si assegna con la seguente successione: a - b - a - b - a.*

*Il esempio: 4 posti aziendali da assegnare: 3 posti quota a) - 1 posto alla quota b): a - b - a - a.*
5. Nello specifico si concorda di suddividere i posti vacanti, pubblicati sul BURP, nel modo seguente:



POSTI ASL (n°)	QUOTA (a) - 67%	QUOTA (b) - 33%	QUOTA (a)	QUOTA (b)
1	0,67	0,33	1	0
2	1,34	0,66	1	1
3	2,01	0,99	2	1
4	2,68	1,32	3	1
5	3,35	1,65	3	2
6	4,02	1,98	4	2
7	4,69	2,31	5	2
8	5,36	2,64	5	3
9	6,03	2,97	6	3
10	6,7	3,3	7	3
11	7,37	3,63	7	4
12	8,04	3,96	8	4
13	8,71	4,29	9	4

### Art. 17

#### Rapporto ottimale

1. Per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1150 abitanti residenti o frazione di 1150 superiore a 600, detratta, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, il numero dei cittadini iscritti nelle liste AIRE e il personale navigante assistito direttamente dagli enti ministeriali di riferimento.
2. In coerenza con il nuovo rapporto ottimale, il termine fissato dal punto 11 nell'allegato B dell'ACN di cui al comma 10 dell'art. 33 dell'ACN, viene elevato da 500 a 600.
3. La modifica del rapporto ottimale ai sensi dell'art. 19 comma 3 dell'ACN giustifica e comporta l'elevazione del termine ivi previsto da tre a quattro anni.
4. La Regione assicura il rispetto di quanto previsto dal comma 8 art. 40 prevedendo l'adeguamento del modello informativo regionale, in particolare il blocco automatico delle scelte.

**Art. 18****Formazione art. 20 ACN**

1. La Regione Puglia riconosce che la formazione professionale in medicina generale, universitaria e continua, consente e attua la crescita culturale e professionale del medico, condizione fondamentale per garantire i livelli essenziali di assistenza e tutti i compiti previsti dagli atti programmatori regionali.
2. Pertanto, la Regione Puglia promuove ogni iniziativa utile alla formazione del medico, anche congiuntamente con altre figure professionali dell'area sanitaria, nei seguenti settori:
  - a) insegnamento universitario di base pre-laurea
  - b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
  - c) formazione specifica in Medicina Generale
  - d) Aggiornamento continuo
  - e) Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.
3. La Regione ai sensi del comma 4, art. 20 dell'ACN, assicura l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale secondo i seguenti modelli:
  - a) Area universitaria: convenzioni con le Università per l'insegnamento universitario di base pre-laurea e tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica. Le convenzioni dovranno riconoscere il ruolo di docenza, ricerca e di tutori dei mmg da svolgere anche nei rispettivi ambulatori. A tal fine i programmi formativi, i criteri per la scelta dei docenti, ricercatori e dei tutor devono essere concordati in seno al CPR. La presenza degli Ordini Professionali assicura le garanzie deontologiche ed etiche nei rapporti tra discente e docente, nonché di garanzia verso gli utenti. Nel rispetto di quanto sopra, le convenzioni stabiliscono le modalità operative per il conseguimento degli obiettivi e la remunerazione dei medici di medicina generale di cui al presente accordo. Lo svolgimento delle attività tutoriali previste vengono disciplinate dalla convenzione da sottoscrivere tra le Università e la Regione.
  - b) Per quanto attiene la formazione specifica in Medicina Generale, l'aggiornamento continuo e la ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, sarà cura del CPR proporre una specifica regolamentazione entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo.
4. Sino alla nuova regolamentazione ai sensi del presente accordo, le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo, della Formazione Permanente, delle attività di docenza e di tutoraggio sono quelle individuate dal punto 3 della DGR 566/04. Tutti gli organismi ivi previsti decadono e devono essere rinnovati entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.

## Art. 19

### Tutors

1. Ai Medici di Medicina Generale che svolgono attività tutoriale di cui al D.Lgs 368/99 e successive modifiche ed integrazioni, è riconosciuto un compenso forfetario aggiuntivo di € 2.066,00 per semestre e per ogni singolo tirocinante.
2. Nel caso in cui l'attività semestrale non venga completata, al tutor viene corrisposta la frazione del compenso complessivo previsto al comma precedente rapportato al periodo di tirocinio effettuato.

## Art. 20

### Apertura degli studi medici

1. Ad ogni MMG è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza primaria nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.
2. Ogni studio medico di assistenza primaria deve possedere i requisiti previsti dall'articolo 36 dell'ACN accertati, ai sensi del comma 4 art. 35 dell'ACN, dalla AUSL di competenza. L'apertura dello studio è consentita previo rilascio da parte della AUSL della comunicazione attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni dalla richiesta del medico, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di dar luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.
3. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, il MMG deve assicurare l'orario minimo di apertura secondo quanto previsto dell'art. 36 dell'ACN di settore, così come integrato dal presente accordo nello studio principale, mentre l'orario di apertura degli altri studi medici, oltre il principale, è aggiuntivo e deve comunque garantire l'orario minimo previsto dall'ACN.
4. Nel caso di particolari esigenze assistenziali riferite alla necessità di garantire l'assistenza in zone non coperte dall'assistenza primaria, l'orario di studio complessivo può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.
5. Per il medico che opera in più studi, non è consentita la sostituzione parziale.
6. Al fine di favorire l'inserimento dei MMG negli ambiti territoriali disagiati, l'Azienda può mettere a disposizione un proprio locale o concordare nell'ambito del Piano Attuativo Territoriale (PAT) la disponibilità di una struttura messa da parte dell'Ente Locale.

## Art. 21

### Studi associati con personalità giuridica.

1. I Medici che operano nelle forme associative di medicina in gruppo, super gruppo e centro polifunzionale, che svolgono la loro attività esclusivamente in sede unica e sono costituiti in studi associati con personalità giuridica, possono assumere con decisione assembleare da notificare alla AUSL, la possibilità per ciascuno dei medici di poter disporre che una parte dell'imponibile Irpef delle proprie competenze mensili sia destinata direttamente allo studio associato.
2. L'azienda è tenuta in ogni caso a calcolare la contribuzione Enpam sull'intero compenso lordo prima di procedere a quanto previsto dal comma precedente.
3. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 1, ciascun medico dello studio associato comunica alla AUSL la misura della quota da destinare mensilmente allo studio associato, unitamente al verbale dell'assemblea di cui al comma 1, indicando, altresì, le coordinate bancarie del conto sul quale versare la propria quota.
4. In caso il medico percepisca l'indennità per collaboratore di studio o infermiere, la quota di cui al comma 3 non può essere inferiore all'ammontare delle predette indennità.
5. L'Azienda provvede a specificare la quota di cui al comma 3 all'interno della busta paga mensile di ogni medico, e annualmente produce la relativa certificazione fiscale.

## Art. 22

### Zone disagiate e disagiatissime

1. Zone disagiate

Per lo svolgimento dell'attività convenzionale nei comuni del Subappennino Dauno e del Gargano è riconosciuto un'indennità aggiuntiva da stabilirsi in sede di comitato aziendale in ragione delle singole realtà presenti sul territorio

2. Zone disagiatissime

Per lo svolgimento dell'attività nel Comune "Isole Tremiti", identificata dalla Regione come zona disagiatissima, sia per l'assistenza primaria che per la continuità assistenziale tutti i compensi sono triplicati.

## Art. 23

### Festa Patronale

1. In occasione della festa patronale il medico di assistenza primaria non è tenuto a svolgere l'attività ambulatoriale. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di continuità assistenziale dalle ore 08.00 alle ore 20.00.
2. È compito del Comitato ex art. 23 dell'ACN individuare nell'ambito dei comuni della propria AUSL i giorni delle feste patronali per l'attivazione del servizio di Continuità assistenziale.



**FisioKinesiTerapia**

1. Ai fini della erogazione delle prestazioni di FKT previste dalla programmazione regionale compito unico del medico di famiglia è inviare con propria richiesta, il paziente in consulenza dal medico specialista in Fisiatria per la elaborazione del piano terapeutico.

**Art. 25****Informatizzazione**

1. Il medico di Assistenza Primaria della Regione Puglia deve assicurare nel proprio studio, mediante apparecchi e impianti informatici, la gestione informatizzata della scheda sanitaria e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali.
2. L'iscrizione negli elenchi dei medici di Assistenza Primaria comporta il possesso del computer. A tali medici è dovuta un'indennità una tantum di € 500,00 da erogare con la prima competenza mensile.
3. L'indennità informatica di cui al comma 11 lettera B dell'art. 59 dell'ACN è corrisposta nella misura forfetaria mensile di € 154,92.
4. Le prescrizioni effettuate a domicilio del paziente devono comunque essere redatte in maniera leggibile per assicurare la lettura ottica da parte del sistema informatico regionale.
5. Nell'ambito del programma regionale di sviluppo della sanità elettronica, il CPR fissa le specifiche tecniche che il medico di medicina generale deve assicurare per il collegamento del proprio studio alla rete regionale della medicina generale.



## Art. 26

### Attribuzione delle spesa farmaceutica e budget etico

1. La spesa farmaceutica che deve essere attribuita al MMG è quella derivante esclusivamente dalle proprie prescrizioni o da quelle del proprio sostituto.
2. La prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico è scorporata in sede di verifica dalla spesa imputata al singolo MMG.
3. Per la valutazione della spesa riferita ai medici in associazione si deve tener conto della spesa globale dell'associazione e dei pazienti in carico a ciascun medico secondo specifici accordi da definire in seno ai comitati aziendali.
4. A cura del Comitato ex Art. 23 vengono definite le condizioni per il riconoscimento della spesa indotta.
5. I livelli di spesa programmati (L.S.P.) sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato regionale permanente di cui all'art. 24 del vigente ACN.
6. Il rispetto dei livelli di spesa programmati non deve in alcun modo comportare una mancata o insufficiente risposta alle istanze di salute da parte del cittadino. Le risorse destinate a ciascun livello assistenziale costituiscono un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione della inappropriatezza delle prestazioni.
7. Nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti di budget etico per il controllo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.
8. A livello aziendale, nel rispetto delle linee generali individuate a livello regionale, possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei medici di medicina generale che operano in forma associata o singola.
9. Per l'attuazione del progetto di budget etico è requisito indispensabile il sistema di rilevamento dati che consenta ai medici aderenti di conoscere il proprio andamento prescrittivo, scorporato dalla spesa indotta e riferito, ove pertinente, alla pesatura degli assistiti per sesso, età e patologie.
10. Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto:
  - a) Della spesa storica corrispondente;
  - b) Dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale;
  - c) Dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;

- d) Della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;
- e) Di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- f) Della distinzione delle spese direttamente indotte da medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- g) Dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- h) Di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale.

### **Art. 27**

#### **Informazione medico-scientifica**

1. Al fine di sviluppare le attività di informazione medico-scientifica, il CPR e le Organizzazioni rappresentative delle categorie interessate sottoscrivono un protocollo di intesa per regolamentare gli incontri informativi individuali e di gruppo, nonché la partecipazione a convegni ed eventi formativi sulla base dei criteri di equità e trasparenza.
2. I medici di medicina generale partecipano alle attività programmate in materia di informazione medico-scientifica e aderiscono volontariamente alle offerte formative relative al programma concordato, nell'ambito del protocollo di intesa di cui al comma precedente.

### **Art. 28**

#### **Governo Clinico**

I medici di assistenza primaria assicurano, nell'ambito dei programmi finalizzati al governo clinico, le attività di competenza previste dal piano di prevenzione attiva regionale, relativamente a screening e contrasto della obesità. Ai medici è dovuto il compenso di €. 3,08 ai sensi dell'art. 59 lettera B comma 15.

## Art. 29

### Personale di studio e infermieristico

1. Nei limiti del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza di cui all'art. 46 dell'ACN e in coerenza con il piano di sviluppo delle medicine in associazione di cui all'art. 2 comma 4 del presente accordo, le Aziende concordano, nell'ambito del CPA, le percentuali di cui all'art. 59 lettera B comma 8, relativamente alle indennità per il collaboratore di studio e per l'infermiere nella misura massima rispettivamente del 50% e 10%.

## Art. 30

### Vaccinoprofilassi

1. È compito del MMG, ai sensi dell'art. 45 dell'ACN, aderire alle campagne di vaccinazione antinfluenzale. Le Aziende USL programmano in tempo utile la partecipazione dei medici di assistenza primaria nell'ambito della organizzazione aziendale.
2. A tal fine, il medico di assistenza primaria comunica alla AUSL il numero dei pazienti che intende sottoporre a vaccinazione, entro il 30 giugno di ogni anno e la AUSL provvede a consegnare al medico il quantitativo previsto di vaccino entro il 15 ottobre o, comunque, secondo le indicazioni stabilite a livello regionale.
3. Il vaccino antinfluenzale è somministrato gratuitamente a tutti i soggetti a rischio, con i tempi e le modalità previste dalla campagna vaccinale.
4. La AUSL corrisponde al MMG il compenso previsto dalla lettera C comma 1 art. 59 e dall'allegato D dell'ACN per ogni singola dose di vaccino somministrato. Il pagamento avviene mensilmente previa presentazione della lista dei vaccinati, entro il giorno 10 del mese successivo utilizzando i modelli PPIP.
5. Entro il 31 gennaio, il medico consegna la scheda riassuntiva finale, concordato con l'OER, delle vaccinazioni effettuate.
6. Ai medici che svolgono l'attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (medici sentinella - influnet) è riconosciuta una indennità omnicomprensiva di **€ 1.032,90 (da controllare?)** relativa al semestre di attività, secondo le modalità stabilite in seno al Comitato Permanente Regionale.
7. È compito del medico di medicina generale aderire ai programmi di vaccinazione approvati dalla Regione Puglia.

## **Capo III**

# **Continuità Assistenziale**



### **Art. 31**

#### **Massimale continuità assistenziale**

1. Fino alla definizione della nuova organizzazione regionale della Continuità Assistenziale il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato e determinato di Continuità Assistenziale avviene per 24 ore settimanali più un plus orario di 4 ore settimanali. Il numero minimo di ore che ogni medico effettua nella sede di assegnazione, per ciascun mese, non deve essere inferiore a 122 ore.
2. L'incarico a tempo indeterminato e determinato di Continuità Assistenziale può essere conferito a medici titolari di Assistenza Primaria o di Pediatria di libera scelta, con le procedure di cui all'art. 63, che abbiano un numero di scelte pari o inferiore rispettivamente a 650 e a 350.
3. Con riferimento ai limiti previsti dall'art. 65, comma 5, dell'ACN si applica quanto previsto dall'art. 39, comma 11, dell'ACN.

### **Art. 32**

#### **Attribuzione degli incarichi**

1. Le aziende, previo accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, e nel rispetto dell'art. 63 dell'ACN vigente, possono adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, che devono, comunque, essere obbligatoriamente assegnati entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

### **Art. 33**

#### **Mobilità interna**

1. E' consentito all'interno della stessa ASL il trasferimento di sede da parte del medico a tempo indeterminato su domanda dell'interessato dopo la rilevazione delle ore carenti semestrale;
2. la sede lasciata libera dal medico che si trasferisce è pubblicata al posto delle ore carenti occupate;
3. in caso di più domande per la medesima sede vale l'anzianità di servizio totale. A parità di anzianità di servizio prevalgono nell'ordine:
  - a) minore età;
  - b) voto di laurea.
  - c) anzianità di laurea.
4. E' consentito lo scambio di sede tra due medici a tempo indeterminato sia all'interno della stessa ASL che tra ASL diverse della stessa regione. In tal caso gli interessati devono inoltrare alle amministrazioni interessate una domanda congiunta.

**Art. 34****Unità di Assistenza Domiciliare – UAD**

1. In ciascun distretto socio sanitario della Regione Puglia è costituita l'Unità Distrettuale per il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare.
2. L'Unità di cui al punto precedente è costituita da medici incaricati a tempo indeterminato esclusivamente nel servizio di Continuità Assistenziale, che aderiscono volontariamente.
3. Compito della UAD è realizzare l'integrazione tra la Continuità Assistenziale e la Medicina di Famiglia per la erogazione delle prestazioni in Assistenza Domiciliare di cui agli articoli 6, 8 e 9 del presente accordo regionale, per offrire una risposta globale alla domanda di salute della persona non autosufficiente.
4. La UAD definisce autonomamente il proprio modello organizzativo di partecipazione a tutte le attività, prevedendo la nomina di un coordinatore che abbia la responsabilità di pianificare le attività o, in alternativa, mettendo a disposizione del distretto l'elenco dei medici che saranno disponibili secondo turnazione.
5. Il medico della UAD che partecipa alla valutazione del caso da assistere con il programma domiciliare, assume la responsabilità della presa in carico di competenza in accordo con il medico di famiglia, provvedendo direttamente all'eventuale reclutamento del sostituto aderente alla UAD.
6. Le prestazioni da garantire nel programma di assistenza domiciliare contemplano anche le prestazioni di particolare impegno professionale così come individuato nell'allegato D del presente accordo.
7. La UAD si raccorda per gli aspetti organizzativi al Centro di Coordinamento per le Cure Domiciliari Aziendale di cui all'art. 10.

**ART. 35****Rapporto ottimale Continuità Assistenziale**

1. Il CPR, sulla base delle caratteristiche orografiche del territorio e della densità abitativa, definisce per ciascuna azienda sanitaria il rapporto ottimale nei limiti di quanto fissato all'art. 64 dell'ACN con riferimento ai singoli ambiti territoriali.
2. Il documento programmatico di cui al comma precedente viene proposto alla Giunta Regionale per la relativa approvazione.

**ART. 36****Inabilità alla mansione**

1. Il medico incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale può richiedere all'Azienda di appartenenza l'accertamento dello stato di non idoneità alla specifica mansione.
2. Al medico riconosciuto inidoneo alla mansione specifica viene affidata una nuova mansione nell'ambito di quelle inerenti il proprio incarico.
3. Al fine dell'applicazione di quanto definito al comma 2, il CPA individua gli incarichi per i quali non è richiesto lo svolgimento di turni in postazioni di continuità assistenziale.
4. Ai fini del controllo regionale, l'Azienda trasmette agli uffici competenti dell'assessorato le determinazioni assunte di cui al comma 3.

**ART. 37****Compiti del medico**

1. La valutazione della necessità della visita domiciliare, sulla base del quadro clinico prospettato dall'utente, è affidata all'autonomia professionale e decisionale del medico di continuità assistenziale attraverso il triage telefonico.
2. L'ambulatorio di continuità assistenziale assicura le attività sanitarie di competenza, nelle fasce orarie fissate al comma successivo, a tutti i cittadini residenti nella Regione Puglia.
3. Fermo restando quanto previsto all'art. 67, comma 3, dell'ACN e la continuità dei compiti dei medici di continuità Assistenziale nell'orario di servizio, l'attività ambulatoriale nelle sedi di Continuità Assistenziale ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, viene garantita nelle seguenti fasce orarie:
  - a) dalle ore 20,00 alle ore 22,30.
  - b) Nei giorni prefestivi dalle ore 10,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 20,00.
  - c) nei giorni festivi dalle ore 8,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 20,00
4. Per l'assistenza ai cittadini non residenti nella Regione Puglia al medico di continuità assistenziale sono dovuti i seguenti compensi:
  - a) visita domiciliare: € 25,00;
  - b) visita ambulatoriale: € 15,00;
5. Il cittadino non residente nella regione, in caso di prestazioni di cui al comma precedente, corrisponde il compenso dovuto direttamente al medico che rilascia regolare ricevuta.
6. La Azienda è tenuta ad avviare tutte le procedure ai fini della informativa agli utenti.
7. Il medico riporta nel registro di attività, alla fine del mese, il riepilogo delle ore effettuate a tariffa ordinaria, il numero di ore effettuate nei periodi remunerati a tariffa maggiorata ed il numero di accessi domiciliari.
8. Il medico di continuità assistenziale, alla fine di ogni mese, compila l'allegato "E" – scheda di rilevamento accessi domiciliari - di cui al presente accordo e lo allega al registro della sede.
9. Il medico di Continuità Assistenziale è allertato dalla centrale operativa 118 esclusivamente per i codici bianchi. L'operatore di centrale deve indicare al medico di continuità assistenziale oltre che le proprie generalità, le generalità dell'utente che ha richiesto l'intervento, la sintomatologia riferita e il codice assegnato in base ai protocolli operativi di centrale.
10. Al medico di Continuità assistenziale che effettua una prestazione a pazienti in ADI, ADP, ADR, UDT, ADT, RSA è dovuto il compenso pari a quello previsto



per il medico di Assistenza Primaria e a quanto previsto dall'allegato D del presente accordo. Alla fine del mese il medico compila la modulistica utilizzata dalla regione per le PPIP.

11. Il CCA per le cure domiciliari comunica alle sedi competenti per territorio l'elenco dei pazienti per i quali è attivata l'assistenza domiciliare, nonché l'eventuale programma assistenziale programmato.

### **Art. 38**

#### **Attività nelle località turistiche**

1. Nelle località ad alto flusso turistico, individuate dalla Regione, le aziende USL provvedono al potenziamento del servizio in accordo con gli Enti Locali. Per i cittadini non residenti nella regione si applica quanto previsto al comma 4 dell'art 37 del presente accordo.
2. Il potenziamento del servizio deve essere assicurato con le seguenti modalità:
  - a) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL, con priorità per i medici incaricati nel distretto dove è situata la postazione con completamento orario a 38 ore settimanali;
  - b) medici incaricati a tempo determinato nell'ASL con le modalità di cui all'art. 70 dell'ACN, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
  - c) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in ASL confinanti, con completamento orario a 38 settimanali, previo avviso pubblico.

**Art. 39****Trattamento economico.**

1. Annualmente ogni azienda Usl costituisce il fondo aziendale per il finanziamento del programma dell'attività di Continuità Assistenziale.
2. Il fondo di cui al comma precedente è costituito:
  - a) dalla spesa storica annuale per l'attività svolta nei periodi a tariffa maggiorata di cui al punto 29 della DGR 566/04,
  - b) dalla spesa storica annuale per le indennità previste dalla DGR 1226/05,
  - c) da € 0,49 per il numero dei cittadini residenti.
3. Le Aziende nell'ambito delle risorse di cui al comma precedente assicurano prioritariamente:
  - a) l'aggiornamento del compenso per i periodi a tariffa maggiorata nella misura di €. 3,00, che comporta una indennità complessiva di € 7,00 per ogni ora effettuata nei seguenti periodi:
    - Dal 24 dicembre al 7 gennaio;
    - Dal 1 febbraio al 15 febbraio;
    - Dalla domenica delle Palme al Lunedì dell'Angelo;
    - Dal 15 luglio al 21 agosto.
  - b) L'indennità prefestiva e festiva prevista dalla DGR 1226/05,
  - c) il pagamento dei turni di reperibilità di cui all'art. 43 comma 7 del presente accordo;
  - d) il pagamento delle ore di servizio dei medici impegnati nel CCA di cui all'art. 10 del presente accordo,
  - e) progetti aziendali, definiti in seno al CPA e convalidati dal CPR.
4. Le indennità di cui alla lettera a) e c) del comma precedente non sono cumulabili.

**Art. 40****Attività domiciliare.**

1. La Continuità Assistenziale rappresenta, con l'assistenza primaria e la pediatria di libera scelta, il riferimento centrale dell'assistenza territoriale per il cittadino. Considerato i risultati dell'attività domiciliare assicurata dalla continuità assistenziale, la Regione conferma il modello di assistenza attualmente operativo. Pertanto:
  - a) Il CPA individua un responsabile medico distrettuale per la continuità Assistenziale con il compito di verificare:
    - il raggiungimento, da parte di ogni singolo medico degli obiettivi fissati dal presente accordo ai fini dell'erogazione dell'incentivo sull'onorario professionale;
    - il monitoraggio di tutta l'attività di ciascuna sede di continuità assistenziale presente in ogni ASL. Tale attività ha una finalità esclusivamente statistica e non può essere utilizzata ai fini della verifica e/o del controllo dell'attività.
    - il raggiungimento dell'obiettivo riferito alle sole visite domiciliari
    - evidenza le ore svolte nei giorni per i quali è prevista la tariffa maggiorata.
2. Il responsabile medico distrettuale invia mensilmente una relazione relativa al monitoraggio affidatogli all'Ufficio Aziendale della Cure Primarie (CCA) e al capo Distretto per gli adempimenti di competenza.
3. Per le attività dei responsabili medici distrettuali, i Direttori di Distretto mettono a disposizione i registri di guardia medica e idonei ambienti per lo svolgimento dei compiti di cui al presente accordo .
4. E' fatto salvo il numero storico delle visite domiciliari attribuito ad ogni singolo medico così come determinato all'art. 28, della DGR 566/04.
5. Per ogni medico è previsto un compenso aggiuntivo determinato nella misura di massima di € 2,21 per ogni ora effettivamente svolta, secondo il modello incrementale di seguito fissato.
6. Mensilmente tutti i medici incaricati a tempo indeterminato e determinato, che incrementano del 25% il proprio numero storico di cui al comma 4, percepiscono un compenso aggiuntivo pari a € 1,105 per ora effettivamente svolta.
7. Mensilmente tutti i medici incaricati a tempo indeterminato e determinato, che incrementano del 50% il proprio numero storico di cui al comma 4, percepiscono il compenso massimo aggiuntivo di €. 2,21 per ora effettivamente svolta di cui al comma 6.
8. L'azienda ottenuta la relazione di cui al comma 2, procede – previa verifica - al pagamento dei medici contestualmente al resto delle competenze del mese di riferimento.

9. Per le attività di cui al presente articolo ad ogni medico di continuità assistenziale responsabile distrettuale è riconosciuto una ulteriore remunerazione mensile pari al compenso di 6 ore mensili, omnicomprensive, di attività di Continuità assistenziale.
10. I coordinatori medici distrettuali godono, nello svolgimento dei compiti previsti al presente articolo, di tutte le garanzie assicurative previste per le ore di servizio ordinario della continuità assistenziale.

#### **Art. 41**

##### **Competenze delle aziende**

1. Le Aziende garantiscono in ogni sede di Continuità Assistenziale le dotazioni minime necessarie per l'espletamento dell'attività secondo quanto previsto all'allegato F del presente accordo.
2. Entro 90 gg. dalla data di pubblicazione del presente accordo, il CPR individua i requisiti strutturali che, in ragione della peculiarità del servizio, devono essere garantiti in ogni sede di Continuità Assistenziale, per gli adempimenti di competenza regionale.
3. L'azienda fornisce la modulistica - allegato "M" dell'ACN vigente - numerata e auto copiante.
4. L'azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci di prima necessità, materiale di prima necessità e in particolare, tutto il materiale necessario per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive all'allegato D dell'ACN vigente.



## Art. 42

### Sostituzioni e incarichi provvisori

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno deve avvertire il responsabile indicato dell'Azienda che provvede alla sostituzione.
2. Per sostituzioni di durata pari o inferiore ai 9 giorni il responsabile di cui al punto precedente provvede alla sostituzione con le modalità di cui all'art. 71.
3. L'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato, oltre che per assenza momentanea del titolare, nelle more delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63 dell'ACN, con le procedure di cui ai commi successivi.
4. Per sostituzioni di durata superiore ai 9 giorni l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 2, comma 12, dell'ACN, con il meccanismo dello scorrimento ai sensi dell'art. 70, comma 11.
5. Gli accordi aziendali, in base alle esigenze e alle necessità organizzative, definiscono la durata massima degli incarichi che comunque non può essere superiore a 12 mesi.
6. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al comma 4, le ore devono essere assegnate fino alla concorrenza delle 38 ore settimanali, previo accordo aziendale e previa disponibilità degli interessati, con la seguente priorità:
  - a) Medici incaricati presso la sede dove vi è la carenza con priorità per i medici incaricati a tempo indeterminato;
  - b) Medici incaricati nel distretto in cui è allocata la sede con la carenza;
  - c) Medici incaricati nell'Azienda
7. Qualora non fosse possibile esperire le procedura dei commi precedenti, in condizioni di carente disponibilità come indicato all'art. 70, comma 7, dell'ACN, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di tre mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria unica regionale di settore.

**Art. 43****Reperibilità**

1. L'Azienda ha l'obbligo e la responsabilità dell'organizzazione della reperibilità nei seguenti orari:
  - a) Dalle ore 19,00 alle ore 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
  - b) Dalle ore 9,00 alle ore 10,30 dei giorni prefestivi;
  - c) Dalle ore 7,00 alle ore 8,30 di tutti i giorni festivi.
2. I medici incaricati ai sensi dell'art. 63 e 70 dell'ACN vigente effettuano la reperibilità domiciliare solo su base volontaria.
3. All'atto della predisposizione delle turnazioni mensili, le Aziende, al fine di organizzare il calendario delle reperibilità congiuntamente a quello dei turni mensili, interpellano prioritariamente i medici incaricati ai sensi dell'art. 63 e 70 dell'ACN vigente prestanti servizio che si rendono mensilmente disponibili nei modi previsti dal precedente comma e successivamente, allo scopo di completare l'orario eventualmente non coperto dai medici ex art. 63 e 70, nell'ordine:
  - i. medici presenti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15, comma 12, dell'ACN, se presente, altrimenti dalla graduatoria regionale di settore o nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
  - ii. i medici di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN;
  - iii. i medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN.
4. Tra i medici di cui ai precedenti sub I, II e III hanno priorità quelli residenti nell'Azienda.
5. Per ciascun distretto deve essere in turno di reperibilità un solo medico incaricato ai sensi dell'art. 63 e 70 dell'ACN vigente.
6. Il numero dei medici per ciascun turno di reperibilità per ciascun distretto deve essere pari almeno alla metà dei medici in turno attivo nel distretto.
7. Ai medici incaricati ai sensi dell'art. 63 e 70 dell'ACN che hanno dato la disponibilità nei modi di cui al comma 3 del presente articolo è dovuto un compenso pari a € 15,00 per ciascun turno di reperibilità effettuato.
8. Nei casi di attivazione del medico reperibile il compenso di cui al punto precedente è aggiuntivo a quanto dovuto per la normale attività.

#### Art. 44

##### Contribuzione Enpam e assicurazione

1. Tutti i compensi di cui al presente accordo sono assoggettati a contribuzione ENPAM.
2. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, provvede ad assicurare, senza franchigia, l'automezzo personale del medico limitatamente alle ore di utilizzo per il servizio:
  - a) per la responsabilità civile verso terzi;
  - b) per furto, incendio ed atti vandalici;
  - c) polizza KASKO (automezzo e medico).
3. I medici che svolgono i compiti di responsabile medico aziendale e distrettuale godono delle stesse garanzie assicurative previste per le ore di servizio ordinario della continuità assistenziale. Le aziende si adeguano dalla data di pubblicazione del presente accordo.

#### Art. 45

##### Copertura Assicurativa per infortunio

1. **L'azienda nello stipulare il contratto che attua la copertura assicurativa di cui agli artt. 73 comma 2 e 99 comma 5 dell'ACN deve prevedere obbligatoriamente una clausola di garanzia per il medico in infortunio che preveda la liquidazione e la erogazione della diaria di cui al comma 5 e comma 2, dello stesso articolo su base mensile, a prescindere dalla durata totale dell'infortunio. Da rivedere ?**
2. Il contratto di cui al comma precedente deve altresì prevedere una clausola in base alla quale la liquidazione e la erogazione delle somme complessive maturate dall'assicurato deve avvenire entro 60 giorni dalla chiusura dell'infortunio.

**CAPO IV**  
**MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI**



**Art. 46****Rapporto Ottimale - Medicina Servizi Territoriali**

Ai fini della rilevazione delle zone carenti il massimale da attribuire ad ogni medico di medicina dei servizi che detiene il doppio rapporto è uguale a 1200.

**Art. 47****Compiti del medico - Medicina Servizi Territoriali**

Il Medico di medicina dei servizi assicura i compiti di cui all'art. 45 comma 1 lettera b) dell'ACN. Il compenso per tale attività è determinato in misura pari a quello stabilito per i medici di assistenza primaria.

**Art. 48****Massimale orario/Scelte e sue limitazioni**

1. Al medico di medicina dei servizi che abbia anche l'iscrizione negli elenchi dei medici di assistenza primaria, l'impegno orario settimanale nella medicina dei servizi deve essere automaticamente ridotto a 28 ore settimanali.
2. L'impegno orario di 28 ore settimanali non subisce ulteriori riduzioni fino al raggiungimento di 500 scelte.
3. In caso di aumento delle scelte oltre 500 si applica la riduzione di 1 ora per ogni 37,5 pazienti acquisiti.

**Art. 49****Partecipazione ai progetti obiettivo**

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti obiettivo predisposti e realizzati a livello aziendale e distrettuale . Il compenso professionale in ragione dei risultati raggiunti è fissato in una quota variabile aggiuntiva pari al 30 % e fino al 50 % del compenso professionale orario .

**Art. 50****Funzioni di coordinamento e organizzative**

Ai medici titolari, nell'ambito di specifici incarichi di particolare rilevanza, l'azienda riconosce una quota aggiuntiva nella misura massima del 20 % della quota oraria .

**Art. 51****Visite fiscali**

Ai medici incaricati a tempo indeterminato spettano , qualora si avvalgono del proprio automezzo per l'effettuazione di visite fiscali ai sensi dell'art. 5 della Legge 20 maggio 1970 n. 300, i corrispettivi indicati dal Ministero del Lavoro . Tali emolumenti non sono tassabili ai fini IRPEF, trattandosi di rimborso spese per spese di trasporto.

## **Capo V – L'emergenza Sanitaria Territoriale**

**Art. 52****Organizzazione del Servizio di Emergenza Territoriale**

Con l'approvazione delle leggi regionali 25 e 26 del 2006 la Regione Puglia ha avviato il processo di rimodulazione e riorganizzazione del servizio dell'emergenza sanitaria territoriale. A tal fine il Tavolo Tecnico istituito nell'ambito del CPR, entro il 31/12/2007, si impegna ad elaborare una proposta condivisa da sottoporre all'approvazione della Regione. Conseguentemente il presente accordo disciplina i rapporti con il personale addetto all'emergenza territoriale sino alla stipula del nuovo accordo regionale da sottoscrivere entro la data del 31/12/2007.

## **Risorse**



**Art. 53****Fondo per l'incentivazione delle attività di particolare impegno professionale nell'emergenza territoriale**

1. Ogni Azienda USL costituisce, annualmente, il fondo aziendale per l'incentivazione delle attività di particolare impegno professionale, nei limiti delle risorse individuate per l'emergenza territoriale dalla DGR 1226/05 e dalla DGR 1400/07.
2. Il fondo è costituito:
  - a) da €. 0,23 per cittadino residente,
  - b) dalla spesa storica annuale ai sensi della DGR 1226/05.
3. L'Azienda assicura, nell'ambito delle risorse di cui alla lettera a) del comma 2 del presente articolo, l'incentivazione delle attività di servizio svolte, esclusivamente, sui mezzi mobili.
4. Con le risorse di cui alla lettera b) del precedente comma 2, l'Azienda remunera le indennità fissate dalla DGR 1226/05.
5. Tali indennità sono assicurate sino al 31/12/2007 e comunque sino alla pubblicazione del nuovo accordo integrativo regionale per la emergenza territoriale.

**Art. 54****Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza.**

1. Ai sensi dell'art. 46 dell'ACN, il fondo regionale a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione è così costituito:

- Quota di cui all'art. 59 lettera B comma 1
 

3.589.449	x	€ 2,99	=	€ 10.732.452,51
-----------	---	--------	---	-----------------
- Quota di cui all'art. 59 lettera B comma 2
 

				€ 6.765.067,19
--	--	--	--	----------------
- Quota di cui all'art. 59 lettera B comma 3
 

3.589.449	x	€ 2,00	=	€ 7.178.898,00
-----------	---	--------	---	----------------
- Quota di cui all'art. 59 lettera B comma 15
 

3.589.449	x	€ 3,08	=	€ 11.055.502,92
-----------	---	--------	---	-----------------
- Quota di cui all'art. 59 lettera C – prestazioni informatiche
 

				€ 3.281.000,00
--	--	--	--	----------------
- Quota di cui all'art. 59 lettera D – risorse integrative regionali:
 

assistenza primaria	€ 6.000.000,00
continuità assistenziale	€ 2.000.000,00
emergenza territoriale	€ 950.000,00
medicina dei servizi	€ 50.000,00

2. Nei limiti delle risorse di cui al comma precedente, le Aziende UsI costituiscono il fondo aziendale per l'assistenza primaria, facendo riferimento alla propria popolazione residente, per quanto attiene i comma 1, 3, 15 dell'art. 59 lettera B dell'ACN, e le specifiche risorse integrative regionali e ai propri dati storici per quanto attiene il comma 2 dell'art. 59 lettera B dell'ACN e la quota di cui all'art. 59 lettera C. Il suddetto fondo aziendale costituisce il limite massimo di spesa per l'incentivazione di tutte le indennità dovute ai medici in associazione, per il collaboratore di studio, per il personale infermieristico e per l'indennità informatica.

3. Nei limiti delle risorse di cui al comma 1, le Aziende costituiscono il fondo aziendale per la incentivazione della continuità assistenziale, facendo riferimento alla propria popolazione residente per quanto attiene le specifiche risorse integrative regionali, ed ai propri dati storici per le risorse già impiegate ai sensi della DGR 566/04 e DGR 1226/05.

4. Nei limiti delle risorse di cui al comma 1, le Aziende costituiscono il fondo aziendale per la incentivazione della emergenza territoriale, facendo riferimento alla propria popolazione residente per quanto attiene le specifiche risorse integrative regionali, ed ai propri dati storici per le risorse già impiegate ai sensi della DGR 1226/05.

5. Nei limiti delle risorse di cui al comma 1, le Aziende costituiscono il fondo aziendale per la incentivazione della medicina dei servizi, facendo riferimento alla propria popolazione residente per quanto attiene le specifiche risorse integrative regionali, ed ai propri dati storici per le risorse già impiegate ai sensi della DGR 566/04.
6. Le Aziende provvedono alla costituzione di uno specifico fondo per finanziamento delle quote variabili relative all'assistenza domiciliare programmata (ADP), nella misura del 20% del monte compensi riferito all'assistenza primaria. Il compenso per l'ADP non può comunque superare il 20% della somma di tutte le voci stipendiali corrisposte mensilmente al singolo medico.
7. Al fine di implementare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e temporanea (ADT), le aziende costituiscono uno specifico fondo pari a €. 3,00 a residente.
8. Le aziende inviano all'Assessorato alle Politiche della salute, trimestralmente, la rendicontazione relativa alla spesa sostenuta per l'assistenza domiciliare (ADI, ADP, ADT).

#### **Art. 55**

##### **Fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse**

Per il finanziamento delle forme associative complesse di cui agli articoli 3 e 4 del presente accordo e dello sviluppo dei relativi modelli organizzativi di cui all'art. 5 del presente accordo, la Regione destina le specifiche risorse individuate dalla DGR. 1400/07 nella misura di €. 26.600.000,00.

**Art. 56****Fondo per la integrazione della continuità assistenziale con l'assistenza primaria**

La Regione costituisce il fondo per la integrazione della continuità assistenziale con l'assistenza primaria, così come definito dalla programmazione regionale, nell'ambito delle risorse individuate dalla DGR 1400/07 nella misura di €. 873.600

**Art. 57****Fondo per la partecipazione al piano di prevenzione attiva**

La Regione costituisce il fondo per l'incentivazione della partecipazione del Piano di Prevenzione Attiva dei medici di assistenza primaria secondo quanto previsto dai relativi piani operativi e fatti salvi i compiti di cui al presente accordo pari a quanto previsto dalla DGR 1400/07 €. 5.000.000.

## **Allegati**



**Allegato A**

Al Direttore Generale  
 AUSL .....  
 Sede

Oggetto: comunicazione di trasformazione della forma associativa  
 ..... in super rete/super gruppo.

I sottoscritti

- dott .....
- dott .....
- dott .....
- dott .....

componenti la forma associativa  
 ..... con sede nel Comune di  
 ..... comunicano di aver deliberato in data .....  
 la trasformazione della suddetta associazione nella forma associativa super  
 rete/super gruppo.

Pertanto, dichiarano:

1. di aver adeguato a 10 ore l'orario giornaliero di attività ambulatoriale,  
 articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti .
2. di impegnarsi a organizzare ambulatori dedicati per le seguenti patologie:
  - a. sindrome metabolica;
  - b. ....
  - c. ....
  - d. ....
3. di aderire a tutti i progetti regionali approvati dal CPR;
4. *per la forma super gruppo*: di operare esclusivamente in sede unica.

Comunicano, inoltre, di aver inviato la comunicazione all'azienda per la  
 costituzione della medicina in rete/ medicina in gruppo in data

.....; e che il numero di assistiti in carico ai singoli medici aderenti alla forma associativa è il seguente:

- dott. .... cittadini in carico iscritti negli elenchi .....
- dott. .... cittadini in carico iscritti negli elenchi .....
- dott. .... cittadini in carico iscritti negli elenchi .....
- dott. .... cittadini in carico iscritti negli elenchi .....
- dott. .... cittadini in carico iscritti negli elenchi .....

Cordiali saluti.

Data .....

Firma

**Allegato B****Scheda ADT****Dati assistito**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Città .....

C.F. .... Tel. ....

**Dati medico di famiglia:**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Città .....

**Diagnosi della patologia acuta:**

.....

.....

**Diagnosi concomitanti:**

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

**Piano Assistenziale:**

- Terapia giornaliera

- .....
- .....
- .....
- .....

- Interventi assistenziali:

- .....
- .....

- Prestazioni PIP:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- accessi del medico:

- .....

**Procedure:**

1. Il mmg entro 24 ore e comunque il entro il giorno successivo (feriale) comunica al distretto l'attivazione dell'ADT inviando la parte 1 della scheda sanitaria.

o Data di invio della comunicazione al distretto :.....

2. Il distretto valida la procedura fatte salve le prestazioni già eseguite
3. A risoluzione dell'evento acuto il mmg invia la scheda completa della parte 2 ovvero del diario clinico con le firme di presenza degli accessi del medico e dell'infermiere ai fini della corresponsione del compenso previsto

Data: .....

Firma del MMG



Allegato B

**Scheda ADT – Parte II**

Data

Diario Clinico

Firma

.../.../... .....

.....

.....

.....

.....

.../.../... .....

.....

.....

.....

.....

.../.../... .....

.....

.....

.....

.....

.../.../... .....

.....

.....

.....

.....

.../.../... .....

.....

.....

.....

.....

.../.../... .....

.....

.....

.....



## Allegato C

### Progetto regionale di rilevazione epidemiologica della sindrome metabolica

1. La sindrome metabolica è caratterizzata dall'aggregazione di più alterazioni metaboliche ognuna delle quali è di per sé un noto fattore di rischio cardiovascolare.
2. La sindrome metabolica è estremamente diffusa nella popolazione generale ed intraprendere uno studio epidemiologico sul territorio è di notevole rilevanza scientifica in quanto permette di individuare la popolazione a maggiore rischio cardiovascolare e conseguentemente pianificare un programma di intervento da attuare sulla popolazione selezionata.
3. Il Medici di Medicina Generale partecipano all'indagine epidemiologica sulla sindrome metabolica raccogliendo dati su campioni non selezionanti di popolazione secondo la metodologia appresso indicata per costituire il DataBase necessario per la elaborazione di successivi programmi di intervento.
4. Il National Cholesterol Education Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III – ATPIII) ha proposto criteri diagnostici basati su comuni misure cliniche:
  - circonferenza del giro vita,
  - trigliceridi,
  - colesterolo HDL,
  - pressione sanguigna e
  - glicemia a digiuno.
5. La presenza di almeno tre di questi cinque indicatori, nella misura sotto indicata, depone per una diagnosi di sindrome metabolica:
  - a) circonferenza del giro vita:  $\geq$  a 102 cm negli uomini e  $\geq$  a 88 cm nelle donne;
  - b) trigliceridi: valore maggiore o uguale  $\geq$  a 150mg/dl;
  - c) colesterolo HDL: valore minore di 40mg/dl negli uomini e di 50mg/dl nelle donne;
  - d) pressione sanguigna: valore  $\geq$  a 130mmHg per la pressione sistolica ed  $\geq$  a 85mmHg per la pressione diastolica;
  - e) glicemia a digiuno: valore  $\geq$  a 110mg/dl.

#### Metodologia operativa della rilevazione

6. Il MMG individua i pazienti affetti da sindrome metabolica utilizzando l'algoritmo per la diagnosi secondo l'ATP III.
7. Il reclutamento può essere occasionale (il paziente viene individuato fra coloro che si recano di loro iniziativa dal Medico di MG) oppure il MMG può

convocare pazienti che presentano un fattore di rischio consultando il proprio DataBase.

8. Vanno quindi esaminati i pazienti con BMI > 27 o uno dei cinque indicatori sopra elencati.

#### Criteri di inclusione

9. adulti di ambo i sessi di età compresa tra i 25 e 70 anni.

#### Durata del progetto

10. Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2008

#### Modalità di trasmissione dei dati

11. Mensilmente il MMG trasmette al Distretto di appartenenza unitamente alle PPIP il totale numerico dei soggetti arruolati per il pagamento della relativa indennità.
12. Trimestralmente trasmette su supporto informatico il file dei dati analitici all'OER, con le modalità definite nell'ambito del CPR.

**Allegato D**

1. Ai medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale che eseguono le seguenti prestazioni nell'ambito delle attività domiciliari dell'ACN vigente sono dovute i seguenti compensi:

a) partecipazione all'UVM	€ 40,00
b) Accesso ADI nei giorni feriali	€ 28,92
c) Accesso ADI nei giorni prefestivi e festivi	€ 35,00
d) Accesso ADI ai pazienti di cui ai progetti di assistenza ai terminali e SLA nei giorni feriali	€ 40,00
e) Accesso ADI ai pazienti di cui ai progetti di assistenza ai terminali e SLA nei giorni prefestivi e festivi	€ 50,00
f) medicazione e courettage di ferite	€ 20,00
g) cateterismo vescicale nell'uomo	€ 20,00
h) cateterismo vescicale nella donna	€ 15,00
i) fleboclisi	€ 20,00
l) posizionamento di sondino naso-gastrico	€ 25,00
m) paracentesi	€ 25,00

2. I suddetti compensi sono cumulabili.
3. Tutti i compensi riportati nell'allegato sono assoggettati a contribuzione ENPAM.
4. Ai medici dell'UAD, per gli accessi effettuati al di fuori della cinta urbana del comune di propria residenza, è dovuto un rimborso spese pari al costo di 1/5 del litro di benzina per ogni Km percorso in andata e ritorno. Tale rimborso spesa non è assoggettato a ritenuta IRPEF.



**Allegato "E"**

ASL ..... – SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
 SCHEDA DI RILEVAMENTO ACCESSI DOMICILIARI

**DOTT.** .....

**MESE** ..... **ANNO** ..... - **SEDE DI** .....

	DATA	ORA	CODICE FISCALE DELL' ASSISTITO	DATI ANAGRAFICI
1.			<input type="text"/>	
2.			<input type="text"/>	
3.			<input type="text"/>	
4.			<input type="text"/>	
5.			<input type="text"/>	
6.			<input type="text"/>	
7.			<input type="text"/>	
8.			<input type="text"/>	
9.			<input type="text"/>	
10.			<input type="text"/>	

- a. TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO
- b. TITOLARE A TEMPO DETERMINATO

**Allegato F****Dotazione strumentale e farmacologica nelle postazioni della Continuità assistenziale**

1. Fonendoscopio
2. Sfigmomanometro
3. Otoscopio
4. Pallone AMBU e dotazioni accessorie
5. Bombole monouso di ossigeno terapeutico con dotazioni accessorie
6. Set per chirurgia ambulatoriale (monouso)
7. Ghiaccio istantaneo
8. Lampadina diagnostica
9. Riflettometro e relative strisce reattive per glicemia
10. Siringhe monouso assortite
11. Aghi a farfalla e agocannule assortiti
12. Garze sterili, bende elastiche, cerotti assortiti
13. Alcool e disinfettanti
14. Aghi per sutura di varie misure
15. Steri-strip per piccole suture cutanee
16. Guanti in lattice monouso sterili
17. Mascherine chirurgiche
18. Abbassalingua
19. Soluzione fisiologica 100 – 250 - 500 ml
20. Soluzione glucosata 5% e 33%

**PRESIDI FARMACOLOGICI**

1. Nifedipina 10 mg cp
2. Adrenalina fl. 1mg/1ml
3. Aminofillina fl ev
4. Acetilsalicilato di lisina fl 1000 mg
5. Aspirina cpr
6. Atropina fl.e coll.
7. Betametasona fl e coll.
8. Eparina Calcica fl
9. Eparina Sodica fl
10. Nitroglicerina sublinguale
11. Isosorbide dinitrato sublinguale
12. Clonidina fl
13. Prometazina fl
14. Idrocortisone fl100, 500, 1000 mg
15. Gentamicina coll.
16. Midodrina gtt.
17. Verapamile fl
18. Propafenone fl
19. Digossina fl
20. Clorpromazina fl e gtt
21. Furosemide fl

22. Magnesio idrossido e alluminio idrossido
23. Tiocolchiside fl
24. Naloxone fl
25. Metamizolo fl e gtt
26. Metoclopramide fl
27. Paracetamolo supp. 125, 250, 500, 1000
28. Acido tranexamico fl
29. Diazepam gtt e fl
30. Diclofenac fl
31. Ranitidina fl
32. Oxedrina tartaro gtt
33. Insulina pronta fl
34. Dopamina fl 200 mg

N.B.: Per i farmaci quali adrenalina, insulina, tachipirina supp., ecc. deve essere garantita la conservazione in frigorifero.

## **Norme Finali e Dichiarazioni a verbale**

**NORMA FINALE 1 - Finanziamento**

Il finanziamento per i fondi previsti dal presente accordo regionale è attinto dai progetti di piano di cui alla DGR 369/2006 e s.m.i. ed ha durata pari a 24 mesi a decorrere dalla data di pubblicazione dell'accordo medesimo. La Regione si impegna a garantire in ogni caso i livelli assistenziali così come previsti dal presente accordo anche dopo il limite temporale innanzi indicato.

**NORMA FINALE 2 - Compensi**

Tutti i compensi previsti dal presente accordo integrativo regionale per i MMG sono aggiuntivi anche rispetto agli incrementi derivanti dal rinnovo dell'ACN.

**NORMA FINALE 3 - Vigenza**

Il presente accordo resterà in vigore, in regime di prorogatio legis, fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

**NORMA FINALE 4 - DECORRENZA ECONOMICA DELL'ACCORDO**

Il presente Accordo decorre ai fini giuridici ed economici dalla data di pubblicazione nel B.U.R.P. della delibera della Giunta regionale di recepimento, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate nel testo per taluni istituti.

**NORMA FINALE 5 – Monitoraggio attività domiciliare della continuità assistenziale**

Tutti i coordinatori medici aziendali nominati ai sensi della DGR 566/04 decadono al momento della costituzione del CCA.

**NORMA FINALE 6 – aggiornamento dell'accordo della continuità assistenziale**

Il CPR sulla base dei dati del monitoraggio può rimodulare il presente accordo relativo alla continuità assistenziale entro il 31/12/2008.

**NORMA FINALE 7 – attività a tariffa maggiorata**

I compensi previsti dall'art. 39 comma 3 lettera a) decorrono dalla data del 21 luglio 2006.

**NORMA FINALE 8 – sicurezza delle sedi**

La regione entro 90 giorni emana gli indirizzi per garantire la sicurezza delle sedi in ogni azienda.



**NORMA FINALE 9 – attività svolta dai medici dell'emergenza territoriale per garantire il servizio sui mezzi mobili**

I compensi previsti dall'art. comma 3 decorrono dalla data del 01 gennaio 2007.

**DICHIARAZIONI A VERBALE N.1**

La Regione Puglia e le OOSS maggiormente rappresentative, fermo restando quanto previsto dall'art. 73 dell'ACN, con successiva intesa disciplinano le modalità di estensione delle tutele assicurative contro infortuni subiti nell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

**Accordo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 23.3.2005 .****Indice****Premessa**

Art. 1 Premessa pag. 2

**Associazionismo**

Art. 2 Associazionismo pag. 4

Art. 3 Progetto obiettivo Associazionismo Complesso pag. 6

Art. 4 Centro polifunzionale territoriale pag. 8

Art. 5 Progetto per il personale delle forme super rete e super gruppo e CPT pag. 9

**Assistenza Domiciliare**

Art. 6 Assistenza Domiciliare pag. 12

Art. 7 Progetto di attivazione dei PDT pag. 14

Art. 8 Progetto sperimentale di assistenza ai pazienti affetti da SLA pag. 15

Art. 9 Presa in carico dei pazienti terminali pag. 16

Art. 10 Coordinamento aziendale delle Cure Domiciliari pag. 17

**Gli Uffici delle Cure Primarie**

Art. 11 Ufficio di Coordinamento aziendale delle cure Primarie ai sensi dell'art. 21 comma 3 LR 26/06 pag. 19

Art. 12 Ufficio di Coordinamento distrettuale delle cure Primarie ai sensi dell'art. 14 LR 25/06 pag. 21

**Diritti Sindacali**

Art. 13 Rappresentatività sindacale pag. 23

Art. 14 Attività di Segreteria del Comitato Permanente Regionale pag. 25

Art. 15 Diritto di sciopero pag. 26

**Accesso**

Art. 16 Graduatorie pag. 27

Art. 17 Rapporto ottimale pag. 29

**Formazione**

Art. 18 Formazione art. 20 ACN pag. 30

Art. 19 Tutors pag. 31

**Organizzazione**

Art. 20 Apertura degli studi medici pag. 32

Art. 21 Studi associati con personalità giuridica pag. 33

Art. 22 Zone disagiate e disagiatissime pag. 34

Art. 23 Festa Patronale pag. 35

**Prescrizione**

Art. 24 Fisiokinesiterapia	pag. 36
Art. 25 Informatizzazione	pag. 37
Art. 26 Attribuzione della spesa farmaceutica e budget etico	pag. 38
Art. 27 Informazione medico-scientifica	pag. 40
Art. 28 Governo Clinico	pag. 41
Art. 29 Personale di studio ed infermieristico	pag. 42
Art. 30 Vaccinoprofilassi	pag. 43

**Capo III – Continuità assistenziale**

Art. 31 Massimale - Continuità assistenziale	pag. 45
Art. 32 Attribuzione degli incarichi - Continuità assistenziale	pag. 46
Art. 33 Mobilità interna	pag. 47
Art. 34 Unità di Assistenza Domiciliare – UAD	pag. 48
Art. 35 Rapporto Ottimale - Continuità assistenziale	pag. 49
Art. 36 Inabilità alla mansione	pag. 50
Art. 37 Compiti del medico	pag. 51
Art. 38 Attività nelle località turistiche	pag. 53
Art. 39 Trattamento economico	pag. 54
Art. 40 Attività domiciliare	pag. 55
Art. 41 Competenze delle aziende	pag. 57
Art. 42 Sostituzioni e incarichi provvisori	pag. 58
Art. 43 Reperibilità	pag. 59
Art. 44 Contribuzione Enpam e assicurazione	pag. 60
Art. 45 Copertura assicurativa per infortunio	pag. 61

**Capo IV Medicina dei servizi territoriali**

Art. 46 Rapporto ottimale – Medicina Servizi Territoriali	pag. 63
Art. 47 Compiti del medico – Medicina Servizi Territoriali	pag. 64
Art. 48 Massimale orario/Scelte e sue limitazioni	pag. 65
Art. 49 Partecipazione ai progetti obiettivo	pag. 66
Art. 50 Funzioni di coordinamento e organizzative	pag. 67
Art. 51 Visite fiscali	pag. 68

**Capo V Emergenza Sanitaria Territoriale**

Art. 52 Organizzazione del Servizio di Emergenza Territoriale	pag. 70
Art. 53 Fondo per l'incentivazione delle attività di particolare impegno professionale nell'emergenza territoriale	pag. 71

**Risorse**

Art. 54 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza	pag. 73
--	---------

Art. 55 Fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse	pag. 75
Art. 56 Fondo per la integrazione della continuità assistenziale con l'assistenza primaria	pag. 76
art. 57 Fondo per la partecipazione al piano di prevenzione attiva	pag. 77

### **Allegati**

Allegato A	pag. 79
Allegato B	pag. 81
Allegato C	pag. 86
Allegato D	pag. 88
Allegato E	pag. 89
Allegato F	pag. 90
Norme Finali	pag. 93
Dichiarazioni a verbale	pag. 95
Indice	pag. 96

**Ambiti territoriali di assistenza primaria e di scelta (va con Legge)**

1. L'assistenza primaria sul territorio della Regione Puglia è organizzata per Distretti.
2. All'interno dei Distretti, l'ambito territoriale di scelta dell'assistenza primaria coincide con il territorio del Comune o con aggregazioni di più comuni così come disciplinato dai commi successivi.
3. L'ambito territoriale definito dal comma precedente non può essere inferiore a 5000 residenti. Di conseguenza l'azienda, previo accordo con le OOSS in seno al CPA, propone, esclusivamente in fase di prima applicazione, al Comitato Regionale l'aggregazione di più comuni in ragione di specifiche caratteristiche orografiche del territorio e al fine di favorire il servizio ai cittadini nell'ambito dello stesso distretto.
4. Le aziende entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente accordo devono inviare al CPR le proposte di aggregazione ai sensi del precedente comma.
5. Il CPR ricevute le proposte aziendali esprime il proprio parere al fine dell'approvazione da parte della giunta regionale dei nuovi ambiti territoriali regionali.
6. L'ambito territoriale di scelta dell'assistenza primaria rimane il Comune anche nel caso in cui il Comune contenga più Distretti.
7. La costituzione di nuove forme associative, ivi comprese le medicine complesse di rete e di gruppo, dovrà essere realizzata nel rispetto dell'ambito territoriale di scelta così come disciplinato del presente articolo. Sono fatte salve le forme associative dell'assistenza primaria costituite e riconosciute alla data di pubblicazione della presente Legge, anche in deroga agli ambiti territoriali previsti con le procedura della presente Legge.



Letto confermato e sottoscritto

per la parte pubblica:

Assessore alle Politiche della Salute Dr. Alberto TEDESCO

Dirigente del Settore A.O.S. Sig.ra Silvia PAPINI

Dirigente del Settore P.G.S. Sig.ra Lucia BUONAMICO

Dirigente Ufficio n. 3 del Settore ATP Dr. Pietro LEOCI

Direttore Sanitario A.S. Prov.. Bari Dr. Giuseppe LONARDELLI

Commissario Straordinario AS.Prov. di Lecce Dr. Rodolfo ROLLO

Il Dirigente dell'AReS Dr. Vincenzo POMO

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*



per le organizzazioni sindacali

Il Segretario Regionale della FIMMG Dr. Filippo ANELLI

Il Segretario Regionale FED. MEDICI Dr. Anna LAMPUGNANI

Il Segretario Regionale CGIL Dr.ssa Antonella MORGA

Il Segretario Regionale INT.SIND. Dr. Giovanni CARETTO

Il segretario del C. R. P. Sig. Mario ORSALI

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
 FIRMA TO  
*[Handwritten signature]*

Bari li 8 ottobre 2007