

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 agosto 2006, n. 580

**Approvazione accordo integrativo regionale dei medici di
medicina generale**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

che l'art. 8 del D.Lgs. del 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni prevede che il rapporto tra il Servizio Sanitario nazionale ed i medici di medicina generale sia disciplinato con convenzione da stipularsi con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

che in data 23 marzo 2005; la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha sancito l'intesa sul nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale che demanda alla contrattazione regionale la definizione di alcuni istituti attuativi dello stesso accordo nazionale.

Visto il Decreto del Dirigente Generale n. 13491 del 14 settembre 2006, con il quale, ai sensi dell'art. 24 del citato Accordo Collettivo Nazionale è stato costituito il Comitato Permanente Regionale preposto tra l'altro alla definizione degli accordi regionali.

Preso atto delle trattative tenutesi nelle varie riunioni del Comitato per la stesura dell'accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale e, in particolare, della riunione del 31 luglio 2006 nella quale è stato definito e stipulato il testo dell'Accordo che dovrà essere applicato a tutte le attività relative ai settori di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi ed Emergenza Sanitaria, rientranti nella categoria dei Medici di Medicina Generale.

Considerato che:

l'Accordo Regionale definito tiene conto della specifica peculiarità dell'assistenza sanitaria nella Regione Calabria e contiene gli strumenti e gli incentivi in grado di migliorare l'assistenza territoriale;

in particolare, l'accordo siglato è mirato a realizzare lo sviluppo della prevenzione e dell'assistenza domiciliare, la creazione di un sistema efficiente di continuità assistenziale, l'appropriatezza prescrittiva, la riduzione delle liste d'attesa e del ricorso appropriato al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero;

la previsione della costituzione delle UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), che garantiscono al cittadino l'assistenza h/24, persegue in forma integrata il conseguimento degli obiettivi e dei programmi aziendali e distrettuali di tutela della salute;

i contenuti dell'intesa assumono aspetti significativi di grande rilevanza per tutti i settori di attività della medicina generale attraverso la previsione di forme economiche di incentivazione dirette a razionalizzare il sistema delle prestazioni sanitarie in ambito territoriale ed al riconoscimento della qualificazione professionale;

l'accordo segna, dunque, l'avvio in termini concreti di una nuova logica dell'attività sanitaria, superando consolidate discrasie, in una visione dinamica che tiene conto di nuove soluzioni tecniche e di strumenti assolutamente innovativi;

l'accordo integrativo regionale appena sottoscritto segna una svolta nel tipo di assistenza erogato ai cittadini ed il punto di snodo di una politica mirata alla migliore soddisfazione dei bisogni di salute.

Dato atto che:

il calcolo delle ferie per l'Emergenza Sanitaria Regionale non comporta oneri aggiuntivi a carico delle Aziende;

che gli incentivi previsti per l'attuazione del progetto «Screening dei tumori del colon retto» sono quelli determinati nella delibera della Giunta Regionale n. 611 del 27 giugno 2005 con la quale è stato approvato il relativo progetto e trovano correlativo finanziamento nel fondo del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'intesa Stato regioni del 23 marzo 2005.

Ritenuto; pertanto di dover approvare l'Accordo regionale allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

Visto la legge Regionale 12 agosto 2002, n. 34 e s.m.i. e ravvisata la propria competenza.

Su proposta dell'Assessore alla Sanità, Dott.ssa Doris Lo Moro, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto, resa dal Dirigente preposto al competente Settore.

A voti un animi;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa che si intendono integralmente riportati:

Approvare il testo dell'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza Sanitaria Territoriale) che allegato alla presente deliberazione, costituisce parte integrante e sostanziale della stessa, stipulato, in conformità alle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale, con le Associazioni Sindacali di Categoria.

Dare atto che:

il calcolo delle ferie per l'Emergenza Sanitaria Regionale non comporta oneri aggiuntivi a carico delle Aziende;

agli oneri derivanti dall'applicazione del presente accordo si farà fronte con il Fondo Sanitario Regionale;

gli incentivi previsti per l'attuazione del progetto «Screening dei tumori del colon retto» sono quelli determinati nella delibera della Giunta Regionale n. 611 del 27 giugno 2005 con la quale è stato approvato il relativo progetto e trovano correlativo finanziamento nel fondo del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Dare mandato al Dipartimento Tutela della Salute Politiche Sanitarie, la corretta applicazione dell'Accordo.

Autorizzare il Servizio del Bollettino Regionale Ufficiale della Regione Calabria a pubblicare integralmente sul BURC la presente deliberazione ed il relativo accordo allegato, ampliando la tiratura a n. 30 copie.

Il Segretario
F.to: Durante

Il Presidente
F.to: Loiero

PARTE PRIMA**VISTO**

l'art. 8 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;
la legge costituzionale 18/10/2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della Costituzione;
l'art. 52, comma 27, legge 27/12/2002, n. 289 e s.m.i.;
il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005;
gli artt. 2, 4, 6, 14 dell'A.C.N. del 23 marzo 2005;
la D.G.R. n. 611/2005

PREMESSA

Il Medico di Medicina Generale, per definizione ormai consolidata, è definito come lo specialista della persona prima che della malattia. Egli, con un approccio olistico, è integrato nel contesto sociale nel quale vive il paziente, ne tutela la salute promuovendo la prevenzione e l'educazione sanitaria, lo supporta nei percorsi di diagnosi e cura grazie al libero accesso nei luoghi di ricovero. Promuove percorsi diagnostici per le malattie di primo livello e per le patologie croniche di rilievo sociale, controlla l'efficacia delle cure e coordina le figure professionali che sono di supporto nell'assistenza territoriale sia distrettuale che domiciliare.

DATO ATTO

- che è demandata alla contrattazione regionale la definizione degli obiettivi di salute, dei modelli organizzativi e degli strumenti operativi per attuarli, affinché gli stessi siano coerenti con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale;
- che per la realizzazione di quanto previsto dall'art. 6 dell'A.C.N. 23/3/2005 è necessario ridefinire a livello regionale ruolo e competenze specifiche della medicina generale, utilizzando le professionalità specifiche dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
- che è necessario favorire l'integrazione delle competenze per la presa in carico del paziente e la risoluzione delle esigenze di salute di competenza territoriale;
- che il presente accordo costituisce lo strumento perché la medicina generale possa esercitare appieno le sue funzioni nell'ambito dell'educazione sanitaria, della prevenzione, della diagnosi e cura delle patologie di primo livello e del controllo delle patologie croniche;
- che l'emergenza sanitaria e la continuità assistenziale dovranno, insieme all'assistenza primaria, costituire un valido elemento di filtro per la gestione di patologie che, al momento, per assenza di strutture afferiscono impropriamente al pronto soccorso con conseguenti prestazioni e ricoveri ospedalieri inappropriati;
- che l'accordo ha come finalità quella di restituire al territorio e alla medicina generale competenze professionali specifiche, di ridurre le liste d'attesa e migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Costituisce, inoltre, uno strumento per la risoluzione dei problemi di salute del cittadino per le patologie che non necessitano di ricovero ospedaliero;
- che per un'adeguata gestione delle risorse disponibili ed al fine di garantire la continuità assistenziale tra i diversi ambiti di cura è necessario definire percorsi assistenziali per le patologie;
- che criteri di appropriatezza condivisi dovranno indirizzare, pur nel rispetto della specificità del paziente e della patologia, le attività diagnostiche e di cura di tutto il settore sanitario pubblico e privato accreditato;
- che per la specificità dell'area della medicina generale e per la riorganizzazione in atto dell'intero settore è indispensabile un'adeguata formazione del personale;

**ACCORDO REGIONALE
PER LA MEDICINA GENERALE**

AD INTEGRAZIONE DELL'A.C.N. 23/03/2005

➤ che è necessario realizzare in ambiti distrettuali una rete integrata di servizi finalizzati alla presa in carico del paziente H/12 ed H/24 anche attraverso forme associative distrettuali, sperimentali ed innovative (UTAP)

le Parti concordano che l'A.I.R. debba rappresentare uno strumento utile a promuovere la professionalità dei medici di Medicina Generale, a garantire l'assistenza territoriale H/12 ed H/24, a favorire processi di cura secondo principi di appropriatezza prescrittiva e nell'ambito delle risorse disponibili.

PARTE SECONDA

CAPO I - ASPETTI GENERALI

1. - GRADUATORIE REGIONALI (art. 15 A.C.N.)

Per il conferimento degli incarichi, la Regione predispose annualmente distinte graduatorie per titoli ciascuna per le attività di settore.

2. - SOSPENSIONE ATTIVITA' (art. 17 e art. 18 A.C.N.)

Ai medici dei vari settori della medicina generale possono essere attribuiti tutti gli incarichi previsti dall'art. 18, comma 2, lettera b, dell'A.C.N. Nel caso di attribuzione ed accettazione di tali incarichi, il medico è sospeso dalle attività per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso e dovrà essere corrisposto esclusivamente il compenso previsto per tale incarico.

Al medico dell'emergenza sanitaria territoriale cui sono conferiti altri incarichi, si applica l'istituto della sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale secondo quanto espressamente previsto dalla legge.

In caso di sospensione dell'attività convenzionale richiesta per le condizioni previste dall'art. 18, comma 4, dell'A.C.N., la stessa non comporta la sospensione del rapporto professionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini dell'anzianità di servizio, analogamente alle fattispecie di cui ai commi 2, 3 e 5 del medesimo articolo. Il punteggio per lo stato di gravidanza, pertanto, risulta essere quello proprio dell'attività di servizio.

3. - FORMAZIONE (art. 20 A.C.N.)

Premessa

Nel corso degli anni la formazione del personale sanitario ha assunto sempre maggior interesse nel processo di trasformazione del settore, sia rispetto all'introduzione del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, sia rispetto ai pazienti, passati dalla tradizionale posizione di soggetti passivi a soggetti partecipi del processo diagnostico e terapeutico, sia rispetto allo sviluppo nel medico della consapevolezza della centralità dell'utente per garantire un approccio multidimensionale comprensivo della sfera biologica, sociale e ambientale.

E' da rilevare, inoltre, come l'aggiornamento continuo delle competenze è fondamentale per assicurare, in maniera appropriata, i livelli essenziali di assistenza ed il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale ed aziendale.

Il processo di formazione continua, che deve rispondere a standard elevati di qualità e permettere il raggiungimento degli obiettivi di crescita professionale e il miglioramento dei servizi erogati da parte dei medici di medicina generale e, in forma integrata, dalle altre figure professionali che operano a livello territoriale, assume valore strategico ai fini dello sviluppo delle cure primarie.

Il processo formativo, inoltre, deve essere adeguato alle esigenze e alle inclinazioni dei singoli e deve contribuire a sviluppare il senso di appartenenza attiva al sistema, superando la logica dell'autoreferenzialità.

Ambiti formativi

La programmazione delle attività formative per la medicina generale si svolge secondo le seguenti linee prioritarie di indirizzo:

- obiettivi di salute definiti dalla programmazione sanitaria nazionale
- obiettivi di salute definiti dalla programmazione sanitaria regionale
- obiettivi di salute definiti dalla programmazione aziendale

Programmazione sanitaria nazionale

Coerentemente con l'art. 4 dell'intesa stato-regioni del 23 marzo 2005, anche la Regione Calabria si è impegnata ad adottare:

- il Piano regionale della prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione per il triennio 2005-2007. In particolare, per i seguenti ambiti, riferibili alla medicina generale:

➤ prevenzione cardiovascolare

- diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti
- prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino
- prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente
- prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari

➤ screening dei tumori

- screening dei tumori del seno
- screening del cancro della cervic uterina
- screening del cancro del colon retto

➤ prevenzione degli incidenti domestici

➤ prevenzione degli incidenti stradali

➤ piano delle vaccinazioni

- vaccinazione antinfluenzale
- vaccinazione antipneumococcica

- il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario.

Fino alla definizione del piano nazionale per l'educazione restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'intesa stato-regioni del 20/12/2001, Gruppo 1 e Gruppo 2, come previsto dal punto 2.6 dell'allegato 2 dell'intesa stato-regioni del 23 marzo 2005.

Programmazione sanitaria regionale

Si ritiene indispensabile, ai fini del raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale, stabilire un rapporto diretto tra gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e dal presente Accordo integrativo regionale per la medicina generale. A tal fine sono individuati i seguenti ambiti formativi:

➤ Ambiti formativi della programmazione regionale

- obiettivo di salute N. 1 – migliorare il contesto ambientale
- obiettivo di salute N. 2 – promuovere comportamenti e stili di vita per la salute
- obiettivo di salute N. 3 – prevenire, diagnosticare e trattare le principali cause di patologia

- o obiettivo di salute N. 4 – ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli e delle loro famiglie
- *Ambiti formativi dell'A.I.R.*
 - o qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
 - o etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio-assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale ed alla privacy
 - o interventi di formazione nel campo delle forme associative e dei modelli di lavoro della medicina in associazione
 - o interventi di formazione nel campo della programmazione distrettuale (programma delle attività territoriali – piano di zona)
 - o sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
 - o implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale
 - o interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze
 - o formazione finalizzata all'utilizzo e all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
 - o clinical governance e governo della domanda

Programmazione sanitaria aziendale

Le AA.SS. della Regione, oltre alle attività formative organizzate in coerenza con quanto previsto dal presente AIR, programmeranno lo svolgimento di attività formative finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi aziendali sulla scorta delle indicazioni fornite dai comitati aziendali di cui all'art. 23.

Modalità Organizzative

Le AA.SS. programmano l'organizzazione e lo svolgimento delle attività formative tenendo conto della necessità di soddisfare fino al 70 % del debito formativo ECM per l'anno 2006 dei medici dell'area della medicina generale (art. 20, comma 8 e 11, dell'A.C.N.).

Tali attività dovranno prevedere momenti di formazione comune:

- con i medici dei diversi settori della medicina generale (assistenza primaria – continuità assistenziale – medicina dei servizi – emergenza territoriale)
- con gli altri medici convenzionati (specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta), i medici della dirigenza ed altri operatori sanitari.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività di medico di medicina generale.

Nei confronti del medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30 del vigente A.C.N.

Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale fino alla concorrenza del 30 % dei crediti previsti per l'aggiornamento.

La definizione delle giornate e degli orari di svolgimento dei corsi è oggetto di contrattazione aziendale.

Nella pianificazione delle attività formative le AA.SS. di norma, coinvolgono prioritariamente animatori di formazione e professionalità interne all'azienda in qualità di docenti e formatori.

I compensi per le attività di docenza saranno definiti di concerto con i dirigenti del competente settore, del Dipartimento Regionale.

Finanziamento

Le risorse necessarie per garantire le attività formative dei medici di medicina generale sono riconducibili:

- alle risorse vincolate per gli obiettivi di PSN per gli anni 2005 – 2006 – 2007
- alle risorse da quota indistinta della delibera CIPE per gli anni 2005 – 2006 – 2007
- alle risorse individuate dalle AA.SS. nell'ambito negli appositi conti del bilancio Aziendale.
- alle risorse eventualmente reperibili dalla Regione e dalle AA.SS. tramite fonti di finanziamento appositamente stanziati per la formazione dal Ministero della Salute, dalla Commissione Europea, da altri Enti o Istituzioni o altri soggetti previsti dalle disposizioni vigenti in materia.

Animatori di formazione

La Regione Calabria intende valorizzare il ruolo degli animatori di formazione creando un apposito elenco regionale.

Entro tre mesi dalla stipula dell'A.I.R. sarà definito in sede di Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'A.C.N.:

- il fabbisogno regionale di animatori di formazione
- il numero di medici di medicina generale già in possesso di idoneità allo svolgimento del ruolo di animatore di formazione (all'atto dell'entrata in vigore, dell'A.I.R. i medici interessati potranno inviare al settore assistenza distrettuale del Dipartimento Sanità idonea documentazione)
- il criterio di valutazione per l'individuazione tra i medici di medicina generale degli animatori di formazione

- l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente.

Al termine della fase istruttoria, sulla scorta delle indicazioni del Comitato Regionale, sarà emanato apposito provvedimento che disciplinerà la materia.

4. - DIRITTI SINDACALI (art. 21 A.C.N.)

Ai componenti di parte medica convenzionati per la M.G. presenti nei comitati e commissioni previste dall'A.C.N. e da normative nazionali, regionali, aziendali, e distrettuali, è corrisposta per ciascuna seduta, un rimborso forfettario onnicomprensivo (anche per sostituzione) di € 200,00 lordi per seduta per gli organismi regionali e € 100,00 lordi per seduta per organismi aziendali e distrettuali. L'importo complessivo annuo è di € 200.000,00.

Hanno diritto al suddetto rimborso nella misura prevista i M.M.G. che partecipano a:

- a) comitati regionali di cui all'art. 25
- b) comitati aziendali di cui all'art. 23
- c) gruppi di lavoro regionali e/o aziendali previsti dal presente accordo e/o deliberati dalla Regione o dall'Azienda

d) Ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale

e) Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse.

I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e nella modalità prevista dall'A.C.N. 23/3/05 e saranno corrisposti con voci specifiche tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza nelle sedute.

5. - COMITATI AZIENDALI (art. 23 A.C.N.)

- a) ai comitati aziendali vengono attribuiti i compiti previsti dall'art. 23 dell'A.C.N. del 23/3/05 e quanto previsto nel presente accordo regionale

coerenti alla specifica strutturazione del S.S.R., ritenuti idonei per il raggiungimento di quegli stessi obiettivi.

I profondi mutamenti dei profili demografici ed epidemiologici della popolazione intervenuti negli anni e caratterizzati dalla bassa natalità, dall'aumento della vita media e dalla crescita delle malattie croniche e degenerative, spesso complessi, hanno imposto la necessità di adottare modelli assistenziali che garantissero lo spostamento del baricentro assistenziale dall'ospedale al territorio.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, le Intese Stato/Regioni per la sua attuazione (2 ottobre 2003, 24 luglio 2003, 10 dicembre 2003, 29 luglio 2004), gli A.A.C.C.N.N. di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, nonché le determinazioni regionali, ivi compresa la deliberazione di G.R. N. 927 del 24/10/05, hanno tracciato un percorso per pervenire alla riorganizzazione del sistema delle cure primarie attraverso l'adozione di iniziative che consentissero di:

- attuare programmi di prevenzione e di educazione sanitaria
- integrare le cure primarie nelle attività distrettuali finalizzate all'intercettazione dei bisogni assistenziali, alla loro multidimensionale valutazione e, quindi, al corretto posizionamento lungo la retta degli ambiti di cura, dovendosi ovviamente integrare nei programmi assistenziali, di livello distrettuale, di globale e continuativa presa in carico degli assistiti
- integrare le cure primarie nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) con l'evidente finalità di assicurare la continuità delle cure e di colmare, quindi, il gap di integrazione necessaria per garantire le interdipendenze tipiche del processo sanitario rispetto all'evoluzione cronologica delle patologie, alla continuità degli interventi sanitari, alla complementarietà della presa in carico tra ambiti assistenziali diversi.

Solo attraverso un siffatto approccio può essere garantito un concreto governo clinico della domanda.

Per raggiungere tali obiettivi nella Regione Calabria è indispensabile implementare i livelli di integrazione del M.M.G. con le altre figure professionali e con gli altri livelli assistenziali ed omogeneizzare le risposte attraverso lo sviluppo organico delle forme associative su tutto il territorio, mantenendo intangibile il rapporto fiduciario medico/assistito.

7.1. - FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE

La situazione attuale

I modelli organizzativi attuali della medicina generale nella Regione Calabria sono caratterizzati dalla capillarizzazione degli ambulatori convenzionati, per garantire una facile accessibilità alle fasce più deboli della popolazione, e dalla prevalenza delle forme associative più semplici che, pur rappresentando un'evoluzione rispetto al tradizionale modello del medico singolo, non consentono di esplicitare la massima potenzialità dell'integrazione interprofessionale, interstrutturale ed interistituzionale.

Gli scenari futuri

Per rendere coerente la struttura organizzativa dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale regionale con i mutati bisogni espressi dalla popolazione è necessario, pur mantenendo la capillarizzazione degli attuali ambulatori, stimolare la diffusione delle forme associative della medicina generale, semplici e complesse, secondo una strategia che preveda:

- l'implementazione della medicina in rete e della medicina di gruppo in particolare nelle aree extra-urbane
- la creazione di forme associative miste
- la sperimentazione di forme associative complesse (UTAP), con adesione dei medici su base volontaria.

Tipologia forme associative

Lo sviluppo delle forme associative è una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di

- b) i comitati aziendali sono costituiti, di norma, su base paritaria, dal Direttore Generale o suo delegato, dai Direttori di distretto, e/o dai Responsabili delle UU.OO. di medicina generale e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale
- c) i comitati aziendali, valutati i bisogni formativi e le esigenze dell'Azienda e della programmazione regionale, promuoveranno i corsi di formazione aziendale più idonei ai medici di Medicina Generale
- d) i comitati aziendali segneranno al Direttore Generale eventuali condizioni che determinino carenze organizzative distrettuali o aziendali ostative al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e dall'A.C.N. del 23/3/2005
- e) i comitati aziendali promuoveranno l'applicazione delle norme previste dall'A.I.R.
- f) in analogia a quanto previsto dall'art. 22, comma 6, dell'A.C.N. 23/3/05, sono considerate maggiormente rappresentative le sigle sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiori al 5% delle deleghe complessive a livello regionale. Sarà presente un rappresentante sindacale per ogni sigla sindacale maggiormente rappresentativa, per come definito nel precedente comma, firmataria del presente accordo e firmataria dell'A.C.N.

6. - ASSISTENZA AI TURISTI (art. 32 A.C.N.)

In fase di prima applicazione, l'assistenza ai turisti è garantita secondo le seguenti modalità operative:

- il servizio di assistenza sanitaria rivolto ai turisti potrà essere attivato nei seguenti periodi:

dal 1 luglio al 15 settembre nelle località costiere e montane

dal 7 dicembre al 31 gennaio nelle località montane

- i Direttori Generali provvederanno ad individuare nell'ambito delle Aziende Sanitarie, sentita la conferenza dei Sindaci, le zone a maggior afflusso turistico che richiedono un'implementazione dei servizi assistenziali, rispetto ai livelli garantiti erogati dai medici di assistenza primaria e continuità assistenziale
- in tali zone dovranno essere garantite le prestazioni di assistenza ai turisti mediante il conferimento di appositi incarichi ai medici convenzionati di assistenza primaria e continuità assistenziale, inseriti nel relativo ambito territoriale. Gli incarichi potranno essere conferiti anche a liberi professionisti disponibili ad espletare l'assistenza ai turisti in locali idonei propri o messi a disposizione dalle Aziende.

Le prestazioni saranno retribuite ai medici sopra indicati esclusivamente dal cittadino non residente nel territorio dell'Azienda.

Gli stessi medici provvederanno a rilasciare fattura, secondo le tariffe omnicomprensive stabilite dall'art. 57 dell'Accordo Nazionale in:

€ 15,00 per le visite ambulatoriali;

€ 25,00 per le visite domiciliari.

Qualora dovessero verificarsi particolari esigenze, i Direttori Generali, sentito il Comitato Aziendale, potranno potenziare le attività fermo restando il disposto di cui all'art. 32, comma 3, dell'A.C.N.

CAPO II - ASSISTENZA PRIMARIA

7. - MODELLI ORGANIZZATIVI

L'implementazione delle forme associative, la costituzione delle équipes territoriali e la sperimentazione delle UTAP costituiscono parte degli strumenti attraverso cui realizzare la riorganizzazione della medicina generale Al livello regionale viene difatti conferito il mandato di declinare la definizione degli obiettivi di salute e, quindi, l'individuazione dei modelli organizzativi,

formire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio calabrese, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali.

Si rende necessario incrementare, anche oltre i livelli previsti dall'A.C.N., alcune forme organizzative della medicina generale che meglio corrispondono ai bisogni complessivi della popolazione.

Pertanto, si ritiene di stabilizzare l'incremento della percentuale di assistiti dalla medicina di gruppo nella Regione agli attuali livelli del 12,97 % e di consentire l'adesione dei medici in associazione, in rete o in gruppo, alle forme associative miste fino alla copertura di un ulteriore 10 % della percentuale di assistiti, previo adeguamento allo standard delle forme miste (con particolare riferimento ad un ambulatorio comune aperto dalle ore 8 alle ore 20) con riduzione progressiva della percentuale di assistiti dalla medicina in associazione di cui all'art. 54, comma 6 lettera A, dell'A.C.N., che deve intendersi come forma associativa ad esaurimento. Pertanto, dalla data di entrata in vigore del presente A.I.R., le A.A.SS. non potranno concedere nuove autorizzazioni per tale forma associativa.

Le forme associative miste devono possedere, di norma, le seguenti caratteristiche:

- sede unica articolata in più studi medici (oltre al singolo ambulatorio, l'associazione metterà a disposizione dei pazienti una sede unica che potrà essere anche uno degli studi dell'associazione ove i medici si organizzeranno per assicurare la presenza di almeno un sanitario nelle ore in cui gli altri ambulatori dell'associazione sono chiusi. Per la medicina di gruppo la forma mista si svolgerà nella stessa sede del gruppo)
- collegamento degli studi con sistemi informatici
- gestione scheda sanitaria informatizzata
- utilizzo strumenti di comunicazione informatica di tipo telematico
- chiusura dello studio del gruppo non prima delle ore 20.00
- eventuale utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune
- numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 10.

Incentivi

Ai medici sono riconosciuti i seguenti incentivi:

- medicina in associazione, in rete e di gruppo: come da A.C.N.
- forma associativa mista: ulteriori € 4,00 per assistito annui aggiuntivi alla quota già prevista per la forma associativa di appartenenza, se proviene da una forma associativa di rete o di gruppo
- per le forme associative miste costituite ex novo come tali sarà corrisposto l'incentivo di medicina in rete o di gruppo, a seconda delle caratteristiche garantite, oltre alla quota aggiuntiva di € 4,00.

Per garantire una migliore qualità del servizio si stabilisce che i contratti di lavoro stipulati con i collaboratori di studio prevedano un impegno orario minimo di 20 ore settimanali.

Equipe Territoriale

Definizione

L'Equipe Territoriale rappresenta strumento attuativo della programmazione sanitaria di livello distrettuale e momento organizzativo della medicina generale, teso a favorire la concreta integrazione con i servizi distrettuali per l'erogazione del L.E.A. e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale ed aziendale.

Dell'Equipe Territoriale fanno parte:

- medici di assistenza primaria, singolarmente considerati od in associazione
- medici di continuità assistenziale
- pediatri di libera scelta
- medici di assistenza specialistica ambulatoriale territoriale

- medici della medicina dei servizi
- servizi distrettuali che garantiscono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Arce di intervento

Le aree prioritarie di intervento delle Equipes Territoriali sono identificate in:

- programmi di prevenzione ed educazione sanitaria definiti dalla Regione
- assistenza in favore di disabili ed anziani (ADI)
- patologie in fase terminale
- responsabilizzazione sull'uso delle risorse

Il programma di attività dell'Equipe Territoriale, che diviene parte integrante del PAT e si inserisce a pieno titolo nel processo di budgeting aziendale, viene condiviso, per singole tematiche, tra direttore del distretto ed operatori, identifica i soggetti partecipanti, le attività e le prestazioni, i tempi ed i luoghi di esecuzione, le modalità di verifica ed i tempi di attuazione.

Appare opportuno sottolineare come per alcuni settori di intervento, quali ad esempio l'assistenza in favore di disabili ed anziani, sia necessario introdurre la metodologia della valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali, propedeutica alla definizione di progetti personalizzati di assistenza e, quindi, alla presa in carico globale e continuativa dei pazienti.

Caratteristiche organizzative

L'ambito territoriale di riferimento viene definito in sede di contrattazione aziendale e di norma coincide con l'area di riferimento degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria. Per ogni attività da svolgere in Equipe Territoriale verrà identificato un M.M.G., quale coordinatore con funzioni di raccordo tra i componenti dell'equipe ed il direttore del distretto, con il quale condividerà gli obiettivi definiti per l'equipe medesima.

Il coordinatore dell'attività di equipe sarà individuato dal direttore del distretto di riferimento dell'equipe, di concerto con i componenti dell'UCAD, tra i M.M.G. con almeno dieci anni di anzianità di incarico nella medicina generale e sulla base di un curriculum presentato. La copertura assistenziale della forma associativa è H/24.

Gli indicatori di qualità, di processo e di esito saranno definiti in sede di negoziazione aziendale degli obiettivi da conferire ai distretti e da condividere, quindi, in sede di equipe.

Incentivi

Per i medici facenti parte dell'equipe saranno definiti negli accordi aziendali i seguenti incentivi:

- indennità associativa da concordare nei contratti aziendali per ogni singolo progetto. Restano fissi gli incentivi previsti per ADI e ADP ed altre prestazioni definite dall'A.C.N.
- indennità legata al raggiungimento di specifici obiettivi regionali e/o aziendali
- indennità di coordinamento di equipe

Unità Territoriali Assistenza Primaria (UTAP)

Le UTAP rappresentano strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. In esse si integrano le attività proprie della M.G., P.L.S. e delle altre figure professionali del distretto (sanitarie e della rete dei servizi sociali), garantiscono al cittadino l'assistenza H/24 sul territorio e perseguono, in forma integrata, il conseguimento degli obiettivi e dei programmi aziendali e distrettuali di tutela della salute.

Si conviene che in via sperimentale sarà attivata un'UTAP a livello aziendale.

Le parti concordano che, in considerazione della complessità dell'argomento e del coinvolgimento di altre figure professionali, le modalità organizzative ed i costi vengano stralciati dalla contrattazione della medicina generale e definiti entro 90 gg. dall'entrata in vigore del presente A.I.R.

7.2. - STANDARD DI STUDIO MEDICO

Premessa

Il medico di assistenza primaria costituisce, a livello territoriale, il primo e principale punto di riferimento per la presa in carico, la gestione globale e la risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari espressi dall'assistito.

Questo particolare ruolo pone il medico di assistenza primaria di fronte ad una duplice possibilità:

- soddisfare direttamente il bisogno dell'assistito
- ricorrere ad altre strutture erogatrici pubbliche o private accreditate.

L'ampliamento delle dotazioni tecnologiche per la diagnosi di primo livello negli studi dei medici di assistenza primaria costituisce un presupposto fondamentale per diversificare le opzioni disponibili alla formulazione di una corretta diagnosi, potenziando le opportunità di una risposta assistenziale diretta e riducendo proporzionalmente l'accesso agli altri servizi.

Strategia di sviluppo

Con il presente A.I.R., la Regione Calabria intende proseguire l'esperienza già avviata negli anni precedenti per raggiungere, attraverso la qualificazione degli studi medici, alcuni obiettivi di particolare rilievo, quali:

- favorire l'accesso dei pazienti alle prestazioni di primo livello
- diminuire le liste di attesa per le prestazioni diagnostiche
- diminuire gli accessi al Pronto Soccorso degli ospedali
- diminuire i ricoveri impropri
- migliorare i livelli di appropriatezza diagnostica e terapeutica.

Tipologia di standard di studio

Tenendo conto delle diverse propensioni dei medici all'utilizzo di strumenti ed attrezzature sanitarie si è ritenuto di dover individuare differenti tipologie di standard di studio:

Standard A:

Il medico dovrà essere dotato di almeno tre dei seguenti strumenti:

otoscopio, oftalmoscopio, spirometro, minilab, Ecg, holter pressorio, lampada di Wood, attrezzature per piccola chirurgia ambulatoriale, saturimetro.

L'incentivo previsto è di € 0,87 annui per assistito fino alla concorrenza massima regionale di € 1.033.500,00.

Standard B:

Il medico dovrà essere dotato di almeno quattro degli strumenti suindicati, ovvero di tre strumenti oltre attrezzature più avanzate come ecografo, o strumenti idonei per la telemedicina.

L'incentivo previsto è di € 2,00 annui per assistito fino alla concorrenza massima regionale di € 516.500,00.

Debito informativo

I medici di assistenza primaria che usufruiscono dell'indennità di standard di studio medico dovranno trasmettere al distretto di appartenenza, con cadenza trimestrale, i reports delle prestazioni erogate, seguendo il seguente schema:

Iniziali paziente	Sesso	Data di nascita	Tipologia erogata	prestazione	Diagnosi
		/ /			

Valutazione di appropriatezza e monitoraggio

La valutazione dell'appropriatezza ed il monitoraggio delle prestazioni erogate dai medici di assistenza

primaria che usufruiscono dell'indennità prevista per lo standard di studio è effettuata, trimestralmente, dal Direttore del distretto e dall'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

Nel caso di eventuale riscontro da parte dei soggetti di cui sopra di utilizzo inappropriato delle opzioni diagnostiche previste rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, il medico sarà invitato ad apportare gli opportuni correttivi. In caso di reiterati comportamenti valutati come inappropriati dai soggetti suindicati sarà revocata al medico la relativa indennità.

Indicatori

Allo scopo di misurare e monitorare le prestazioni erogate sono utilizzati a livello distrettuale i seguenti indicatori:

Indicatori di struttura

- N. di medici che usufruiscono dello standard di studio A
- N. di medici che usufruiscono dello standard di studio B
- N. di assistiti in carico ai medici che usufruiscono dello standard di studio A
- N. di assistiti in carico ai medici che usufruiscono dello standard di studio B

Indicatori di processo

- media pazienti per medico per lo standard A (punto 3 / punto 1)
- media pazienti per medico per lo standard B (punto 4 / punto 2)
- media prestazioni erogate:
 - o per tipologia
 - o per singolo medico
 - o per totale medici

Indicatori di esito

- percentuale diagnosi positive sul totale delle prestazioni eseguite dal singolo medico
- percentuale diagnosi positive sul totale delle prestazioni eseguite complessivamente dai medici che usufruiscono delle indennità di standard di studio

- percentuale di diagnosi positive per tipologia di attrezzatura utilizzata

Le Aziende Sanitarie procederanno, inoltre, alla valutazione d'impatto delle attività previste dal presente Accordo per lo Standard di Studio al fine di verificare il livello di accostamento agli obiettivi prefissati.

7.3. - INFORMATIZZAZIONE

La raccolta dei dati delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dal servizio sanitario regionale, il loro monitoraggio, nonché la costituzione di una banca dati epidemiologica costituiscono uno strumento indispensabile dell'attività di pianificazione e programmazione sanitaria.

Lo sviluppo della medicina del territorio rende indispensabile poter disporre di un flusso omogeneo di dati relativi alle attività che trovano espressione a livello territoriale per una duplice finalità:

- colmare progressivamente il gap informativo rispetto ai flussi ospedalieri (es. SDO)
- intercettare il percorso assistenziale seguito dal paziente che viene soddisfatto tramite diverse strutture.

La lettura dei dati consente di analizzare l'interazione fra medico e paziente che è riconosciuta come l'origine di costi e qualità in sanità.

Lo sviluppo del sistema informativo nella medicina generale consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- **obiettivi assistenziali:**
 - o orientamento al cittadino ed ai suoi bisogni
 - o disponibilità di informazioni sanitarie individuali
 - o facilitazione dell'accesso degli utenti alle strutture ed ai servizi aziendali

L'A.S. garantirà ai medici il fabbisogno richiesto tenendo in considerazione il livello percentuale di vaccinati che il Dipartimento Tutela della Salute definirà anno per anno.

In specifici accordi aziendali si potrà definire la percentuale di vaccinazioni eseguita dai medici di assistenza primaria e dalle strutture aziendali.

Entro trenta giorni dalla conclusione della campagna vaccinale, i medici di assistenza primaria consegneranno l'elenco nominativo dei soggetti vaccinati, evidenziando il motivo della vaccinazione:

Età - Patologia - Lavoratore a rischio.

Per le vaccinazioni non obbligatorie ai medici sono corrisposti gli incentivi previsti dall'A.C.N.

8.2. - EDUCAZIONE ED INFORMAZIONE SANITARIA

Il M.M.G. ha un compito importante nell'educazione sanitaria della popolazione regionale e nella corretta informazione sulle attività, servizi e prestazioni del S.S.R.

Progetti di educazione alla salute

Compito preciso del medico sarà quello di aderire ai progetti di educazione alla salute che saranno definiti da apposita commissione paritaria regione - rappresentanza sindacale - organizzazione dei cittadini - società scientifiche della medicina generale.

Tale commissione avrà il compito di prevedere dei percorsi di educazione alla salute che i M.M.G. si impegnano a realizzare definendone anche le modalità (per singolo paziente, per gruppi di pazienti affetti da patologie croniche, partecipazione ad incontri plenari come convegni mirati, partecipazione obbligatoria a corsi di formazione specifici, etc.).

Si potranno definire in appositi accordi aziendali o distrettuali le modalità di partecipazione del medico singolo o delle associazioni di medici allo sviluppo dell'educazione alla salute dei cittadini.

Annualmente i medici dovranno trasmettere all'A.S. di competenza, su appositi moduli cartacei o informatici (nelle modalità definite dalla commissione di cui sopra), un resoconto delle attività svolte indicando le persone coinvolte, le patologie prese in considerazione, i risultati ottenuti.

Progetti di informazione sui servizi sanitari

I M.M.G. per il loro ruolo specifico sono i primi interlocutori dei cittadini nel momento in cui si rivolgono al Servizio Sanitario.

In virtù del loro compito specifico, i M.M.G. saranno il primo punto di informazione al pubblico circa i servizi sanitari presenti sul territorio e sul loro utilizzo.

Negli accordi aziendali saranno definiti i bisogni informativi e saranno individuate le modalità con cui le A.S. faranno conoscere i loro servizi.

Il M.M.G. utilizzerà il proprio ambulatorio per informare il cittadino sui propri diritti, sul corretto utilizzo delle strutture presenti sul territorio, sulle liste e tempi di attesa, sulle modalità di espletamento delle varie pratiche burocratiche.

Le informazioni potranno essere divulgate tramite appositi pannelli in sala di attesa, con la distribuzione della carta dei servizi, con informazioni dirette da parte del medico al cittadino.

Il medico di medicina generale potrà distribuire nel proprio ambulatorio l'eventuale modulistica necessaria alle diverse esigenze (domande per il riconoscimento dell'invalidità, bollettini di ec, moduli di scelta e revoca del medico, richieste di sussidi o presidi terapeutici, etc.).

La modulistica in uso e le eventuali informazioni da comunicare saranno fornite al medico dai distretti.

8.3. - PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte nella nostra Regione.

In coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, si ritiene necessario un impegno congiunto di tutti i settori che compongono il S.S.R. nel perseguire tutte le iniziative mirate ad una prevenzione della malattia e comunque alla prevenzione dei danni e delle complicanze.

La Regione Calabria, con la deliberazione di G.R. N. 624 del 27/06/05, si è dotata di uno strumento

• obiettivi di clinical governance:

- o tempestività del processo di raccolta, elaborazione e condivisione dei dati
- o monitoraggio dello stato di salute della popolazione
- o monitoraggio dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario e dell'appropriatezza delle prestazioni
- o monitoraggio della spesa sanitaria

Strategia di sviluppo

La corresponsione dell'indennità di collaborazione informatica, pari ad € 77,47 mensili, è subordinata al riscontro da parte delle A.A.S.S., anche mediante la tessera sanitaria di cui all'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, del rispetto della soglia del 70 % della gestione informatica della scheda sanitaria individuale, della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da ciascun medico e di quant'altro previsto dall'art. 59 - B - comma 11 dell'A.C.N.:

- ai medici di assistenza primaria che in atto percepiscono tale indennità nel rispetto delle previsioni dell'A.C.N.
- ai medici di assistenza primaria di cui all'art. 59 - B, comma 12, lettera a)
- ai medici di assistenza primaria di cui all'art. 59 - B, comma 12, lettera b) e lettera c) che in atto non ne usufruiscono e ne facciano richiesta, pur non avendone obbligo, prima dei termini previsti dall'A.C.N.

Il riscontro dovrà essere effettuato da parte delle A.A.S.S. prendendo come base di valutazione un arco temporale di un mese, con esclusione dei mesi di luglio, agosto e dicembre, fatta salva la copertura del 70 % su base annua.

Ai medici di assistenza primaria che, dopo opportuno riscontro da parte delle A.A.S.S. mediante la tessera sanitaria di cui all'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, garantiranno il rispetto della soglia dell'80 % della gestione informatica della scheda sanitaria individuale, della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da ciascun medico e di quant'altro previsto dall'art. 59 - B - comma 11, sarà corrisposta, in aggiunta all'incentivazione prevista dall'A.C.N., una quota di € 1,20 annui per assistito fino alla concorrenza massima regionale di € 1.440.000,00.

In caso di attivazione a livello aziendale del sistema di trasmissione informatizzata della prescrizione direttamente alle farmacie o del sistema di prenotazione telematica di prenotazione diretta delle prestazioni specialistiche, ai medici è corrisposta un'ulteriore quota aggiuntiva da definire al momento dell'attivazione del progetto.

8. - ATTIVITA' ED OBIETTIVI REGIONALI

8.1. - VACCINAZIONI

Considerato che la diffusione delle vaccinazioni non obbligatorie è uno degli obiettivi prioritari della sanità calabrese, al fine di ottenere percentuali ottimali di soggetti a rischio sottoposti a vaccinazione, onde evitare il diffondersi delle epidemie e delle complicanze di tali epidemie, si concorda che i medici di assistenza primaria saranno prioritariamente interessati al raggiungimento di tale obiettivo per l'individuazione dei soggetti a rischio, l'informazione ai pazienti sull'utilità e la necessità di vaccinarsi, la somministrazione del vaccino, la corretta comunicazione dei dati di vaccinazione alle strutture distrettuali.

Entro il 30 del mese di maggio i medici di assistenza primaria dovranno comunicare il numero dei propri assistiti da sottoporre alla vaccinazione antinfluenzale, differenziandone gli aventi diritto per età, per patologia, per attività lavorativa. Successivamente inoltreranno richiesta del numero di vaccini di cui necessitano per vaccinare la popolazione assistita come sopra definita.

importante per il raggiungimento di questo scopo varando il Piano Regionale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari 2005-2007.

I M.M.G. si impegnano a partecipare in maniera attiva ed ad attenersi a tutte le iniziative che l'apposita commissione preverrà di adottare, sentito il Comitato Regionale per la medicina generale.

Il M.M.G. ha un ruolo importante nella modifica degli stili di vita (promozione dell'attività fisica, lotta antitabacco, corretta alimentazione), nel monitoraggio dei parametri clinici (pressione arteriosa, profilo lipidico), nella prevenzione e cura del diabete, ecc.

L'ambulatorio dei medici di assistenza primaria sarà il primo filtro per la valutazione dei rischi individuali. Allo scopo saranno definiti protocolli e linee guida che il medico di assistenza primaria utilizzerà nella propria attività, segnalando nella cartella clinica del paziente tutti i processi messi in atto per la valutazione dei rischi e tutte le iniziative adottate per la prevenzione dei rischi cardiovascolari.

Annualmente il medico di assistenza primaria trasmette al Distretto (nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy) un apposito elenco dei pazienti affetti da patologie a rischio di eventi cardiovascolari, al fine di mettere in atto una corretta analisi dei bisogni a livello distrettuale e permettere la corretta programmazione delle iniziative da attivare ed il corretto ed appropriato utilizzo delle risorse.

8.4. - PREVENZIONE ONCOLOGICA

Considerando che uno degli obiettivi del S.S.R. è l'implementazione delle campagne di prevenzione oncologica, i medici di medicina generale si impegnano a partecipare in maniera attiva ai progetti regionali di prevenzione dei tumori della mammella, della cervice uterina di cui alla D.G.R. n. 611/05, del melanoma, della prostata, aderendo ed attenendosi ai protocolli ed ai percorsi indicati dalle apposite commissioni regionali o aziendali per la prevenzione oncologica, sentito il comitato regionale per la medicina generale.

L'attività del M.M.G., al fine di ottimizzare l'efficacia degli interventi di prevenzione, è finalizzata all'individuazione dei soggetti a rischio, alla loro sensibilizzazione all'adesione alle campagne di prevenzione, all'informazione sulle procedure previste dai programmi e al monitoraggio della popolazione sottoposta a screening.

Il M.M.G. avrà cura di indicare all'A.S. o all'apposita commissione regionale della prevenzione il decorso e l'esito dei casi risultati positivi agli screening consentendo la valutazione degli esiti prodotti dalle campagne di prevenzione ed i livelli di adesione.

8.5. - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Uno degli obiettivi principali del presente A.I.R. è migliorare la qualità degli interventi e delle prestazioni erogate dal S.S.R. e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

E' necessario, pertanto, individuare percorsi necessari a raggiungere progressivamente livelli adeguati di appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività dei medici di medicina generale ma anche di tutti i soggetti prescrittori.

Tutti i soggetti prescrittori dovranno impegnarsi ad adottare le opzioni di intervento appositamente individuate dagli organismi preposti in particolare nel campo delle prestazioni di diagnostica, di assistenza farmaceutica e di ricovero.

Strategie di intervento

A tale scopo è prevista:

- l'istituzione della Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva
- l'istituzione o il potenziamento delle attività dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali
- l'individuazione di percorsi formativi mirati

- l'adeguamento dell'attività prescrittiva a linee guida
- l'individuazione e l'implementazione di linee guida regionali
- l'individuazione di percorsi premianti per il raggiungimento degli obiettivi.

a) Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva

Sarà istituito presso il Dipartimento - Settore Medicina Distrettuale - un'apposita Commissione regionale per l'appropriatezza con compiti di indirizzo, valutazione, controllo, monitoraggio delle attività prescrittive in ambito regionale di cui faranno parte anche 3 medici di medicina generale.

b) Istituzione o potenziamento dell'UCAD

Le A.A.S.S. istituiranno presso ogni Distretto, ove ancora non avessero provveduto, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) composto dalle figure professionali di cui all'art. 25, comma 4, e all'art. 27, comma 5, dell'A.C.N. Le procedure elettive saranno definite dal Comitato Regionale di cui all'art. 24. L'UCAD è rinnovato entro sei mesi dall'entrata in vigore del nuovo A.I.R.

c) Percorsi formativi mirati

Si ritiene che il miglioramento dei livelli di appropriatezza non può essere perseguito e raggiunto se non si modificano in maniera incisiva le abitudini prescrittive di tutti i prescrittori in esecuzione dell'art. 50 della L. 326/04.

È necessario, dopo avere individuato le criticità prescrittive nella Regione nell'assistenza farmaceutica, nella diagnostica e nei ricoveri, programmare attività formative specifiche per indirizzare le scelte secondo le linee della medicina basata sulle evidenze.

La Commissione per l'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con la commissione regionale per l'ECM, con i sindacati firmatari del presente A.I.R. e con le società scientifiche, dovrà proporre dei percorsi formativi mirati.

I M.M.G. dovranno partecipare obbligatoriamente alle attività formative proposte.

Anche le A.A.S.S. o i singoli distretti potranno proporre percorsi formativi mirati al raggiungimento dell'appropriatezza in base alla rilevazione dei bisogni formativi aziendali o distrettuali.

d) Adeguamento dell'attività prescrittiva a linee guida

L'utilizzo da parte di tutti i medici prescrittori di linee guida elaborate dalle società scientifiche e validate a livello internazionale nazionale e regionale, anche eventualmente modificate ed adattate alle realtà locali, è utile al conseguimento dell'obiettivo appropriato.

Si ritiene che un primo obiettivo utile in regione sia l'adozione e l'utilizzo delle linee guida relative alla "DIAGNOSTICA PER IMMAGINI" (DPI), di cui alla Conferenza Permanente Stato/Regioni del 28/10/04.

L'acresciuta offerta di prestazioni di DPI ha comportato negli anni una crescita della domanda, con conseguente incremento dei costi e delle liste d'attesa.

Il Dipartimento, in collaborazione con la Commissione Regionale per l'appropriatezza prescrittiva e con la Commissione Regionale per l'ECM, avrà cura di far distribuire ed illustrare, anche tramite incontri promossi a livello distrettuale, le linee guida sopraindicate.

Con cadenza semestrale le A.A.S.S. valuteranno i risultati conseguiti, che saranno comunicati con la stessa periodicità al Dipartimento, e adotteranno tutte le iniziative ritenute utili a rimuovere le eventuali situazioni di criticità nell'utilizzo della linea guida.

Saranno oggetto di valutazione: il numero totale di richieste di indagini di DPI e le percentuali di adeguamento alle linee guida da parte di gruppi di medici e di singoli medici.

e) Individuazione di linee guida regionali

La Commissione Regionale per l'appropriatezza prescrittiva e le A.A.S.S., dopo attenta analisi e valutazione dei comportamenti prescrittivi di tutti i medici prescrittori, potranno indicare l'adozione di ulteriori linee guida regionali o aziendali, miranti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Tali linee guida potranno interessare le attività prescrittive nel campo della diagnostica, dell'assistenza farmaceutica e dei ricoveri.

I GOT si riuniranno periodicamente comunicando la data e la sede della riunione al NOA. Le riunioni avranno per oggetto la valutazione in gruppo dell'andamento prescrittivo e dei ricoveri e la loro aderenza alle linee guida condivise evidenziando e correggendo eventuali criticità o segnalando ai NOA particolari situazioni epidemiologiche locali o elementi ostativi al raggiungimento degli obiettivi. Alle riunioni potrà partecipare il medico di assistenza primaria facente parte del NOA. Ogni GOT nominerà e comunicherà al NOA il nome di un medico referente per il gruppo. L'Azienda dovrà fornire ad ogni membro del gruppo, in tempi utili ed in busta chiusa, i report dei dati prescrittivi per le riunioni.

T e m p i di realizzazione

Il progetto è strutturato nelle seguenti fasi successive a tempistica definita:

- **I FASE** (da concludersi entro il primo mese dall'attivazione del progetto):
 - presentazione del progetto ai medici aderenti con illustrazione delle opportunità, delle responsabilità e degli impegni per chi decide di aderire
 - individuazione dei GOT
 - identificazione delle linee guida da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali e/o ospedalieri relative a iter diagnostico-terapeutici di pertinenza della medicina generale. In particolare si individueranno criteri oggettivi di valutazione di ricoveri, patologie tiroidee, prevenzione oncologica, antibiotico terapia, malattie peptiche, broncopatie croniche ostruttive, cardiopatia ischemica, diabete, dislipidemie, ipertensione arteriosa, prevenzione delle malattie cardiovascolari, insufficienza cardiaca, patologie osteo-articolari, malattie del rene e della vescica
 - valutazione da parte dei GOT del lavoro svolto per la costituzione delle linee guida modificando o migliorando gli iter diagnostico-terapeutici proposti.

Le parti precisano che le linee guida sono una serie di indicazioni o raccomandazioni sviluppate con lo scopo di aiutare il medico a prendere decisioni appropriate nell'ambito di circostanze cliniche ben definite.

Esse non intendono limitare o ridurre la libertà prescrittiva, trattandosi di raccomandazioni frutto del consenso professionale, ma vanno considerate come uno strumento professionale interno alla categoria poiché sono realizzate con il contributo dei medici che dovranno poi applicarle nella pratica.

A differenza dei protocolli, non sono norme vincolanti: le linee guida non prescrivono il comportamento ma guidano e assistono il medico nelle varie decisioni.

II FASE (dal secondo mese di attivazione del progetto):

- applicazione delle linee guida da parte di tutti i medici che aderiscono al progetto.
- III FASE:**
- costituisce il momento operativo nel quale i GOT si riuniranno periodicamente per adottare criteri di autovalutazione, identificare eventuali criticità e apportare gli opportuni correttivi
- IV FASE:**

- verifica e revisione semestrale ed annuale del progetto e del livello di accostamento agli obiettivi prefissati. Saranno, quindi, individuati gli eventuali correttivi da apportare per il raggiungimento del risultato. Alla fine di ogni anno la valutazione sarà effettuata dal NOA il quale identificherà il Fondo per la Medicina Generale per come proposto nel progetto.

Linee guida costituzione del budget e identificazione degli indicatori di costo

Processo

- che la spesa farmaceutica, per ricoveri e per prestazioni specialistiche ambulatoriali; oltre che per la diagnostica strumentale e di laboratorio non dipende esclusivamente dai MMG, ma coinvolge tutti i soggetti prescrittori

Dopo avere individuato i bisogni regionali o aziendali, tramite la partecipazione attiva dei prescrittori, si individueranno linee guida condivise, da adottare nella pratica clinica ed eventualmente da modificare in base alle risultanze della verifica e revisione di qualità.

f) Schema tipo di progetto per l'appropriatezza

Adozione di criteri di appropriatezza prescrittiva nell'iter diagnostico e terapeutico dei medici di assistenza primaria con riduzione della spesa sanitaria regionale per l'assistenza farmaceutica, le prestazioni specialistiche e i ricoveri.

Premessa

L'aumento dei bisogni di salute dei cittadini, l'allungamento della vita media della popolazione, la commercializzazione di nuove molecole efficaci ma ad alto costo, il ricorso sempre più frequente ad esami strumentali tecnologicamente sempre più evoluti; sono tra le cause più evidenti della continua ascesa della spesa sanitaria.

E', quindi, necessario ed improrogabile orientare i processi gestionali e clinici secondo criteri improntati all'efficacia, efficienza, equità, appropriatezza e sostenibilità dei costi.

Il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa sanitaria potrà essere ottenuto interagendo oltre che sul versante dell'offerta, cui mirano gli interventi già attuati a livello regionale, anche sul versante della domanda di prestazioni potenziando adeguatamente il ruolo di gate-keeper del medico di assistenza primaria.

Le parti concordano sull'opportunità di riqualificare la spesa sanitaria individuando aree nelle quali è possibile operare una riduzione della spesa attraverso una corretta allocazione delle risorse, ottimizzando terapie e iter diagnostici, secondo i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia e sulle evidenze, e con investimenti nelle attività diagnostiche distrettuali che possano offrire ai cittadini-utenti servizi più efficienti e qualificati.

A tale scopo, le A.A.SS. adotteranno specifici progetti elaborati sulla base dello schema-tipo di progetto regionale che vede coinvolti Dipartimento, A.A.SS. e Medici di Medicina Generale. Tali progetti non sono strumenti ragionieristici finalizzati a premiare il minor consumo, vogliono costituire invece un elemento strategico per modificare fattori distorsivi della spesa a favore di investimenti più appropriati a dare risposte adeguate ai bisogni di salute.

E' promossa la cultura della medicina basata sulle evidenze (EBM) come fattore aggiunto alla riconosciuta professionalità dei medici e l'integrazione delle diverse figure professionali operanti sul territorio anche attraverso l'inserimento nei programmi formativi regionali ed aziendali di specifici eventi formativi aventi per oggetto l'appropriatezza prescrittiva.

Strategie operative e definizione delle responsabilità

A livello aziendale è costituito un nucleo operativo aziendale (NOA) composto dal direttore sanitario, o suo delegato, da un dirigente territoriale dell'A.S. esperto in programmazione sanitaria, da un responsabile del servizio farmaceutico territoriale, da due medici di medicina generale, di cui uno referente aziendale del progetto dei medici di assistenza primaria, e da un dipendente del comparto amministrativo addetto alle attività di segreteria.

I medici di assistenza primaria saranno opportunamente informati dalle A.A.SS. di competenza sulle opportunità offerte dal progetto e sulla sua organizzazione.

Il nucleo operativo aziendale provvederà ad individuare le modalità per informare tutti i medici di medicina generale sulle opportunità offerte dal progetto.

I Medici che decideranno di aderire, si riuniranno in Gruppi Omogenei Territoriali (GOT) con un range di assistiti in carico compreso, di norma, tra 5.000 e 15.000 abitanti.

I GOT sono gruppi di lavoro operativi e potranno essere costituiti anche dai medici in "medicina di gruppo", in "medicina di associazione" o in "forma associativa mista". Potranno comunque essere costituiti GOT allargati a due o più medicine di gruppo o di associazione o forme associative miste omogenee per territorio.

compilare la ricetta in maniera completa anche per i dati relativi alla residenza e all'A.S.L. o regione di appartenenza dell'assistito)

- prescrizioni di farmaci ai cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia (STP)
- prescrizioni di farmaci che prevedono diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati.

Soglie di appropriatezza

Sono considerati non conformi, e quindi da vagliare adeguatamente, i comportamenti prescrittivi che determinino il posizionamento del medico e/o del GOT sopra del + 10 % o del - 30 % della spesa pro-capite media aziendale.

Incentivi

Le parti condividono la complessità e le difficoltà oggettive del progetto oltre che l'impegno che i MMG dovranno espletare per il raggiungimento dell'obiettivo, anche fuori dall'orario di lavoro.

Concordano inoltre sulla necessità di riqualificare la spesa sanitaria privilegiando criteri di qualità nella diagnosi e cura dei pazienti e nella erogazione dei servizi.

Concordano sul meccanismo virtuoso che innescando tale progetto poiché al recupero delle risorse corrisponde l'investimento in strutture che a loro volta saranno oggetto di ulteriore risparmio in termini di costo per caso trattato, migliorando inoltre la qualità percepita dal paziente.

In merito al raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione della spesa sanitaria ad obiettivo raggiunto saranno corrisposti incentivi da negoziare a livello aziendale ad ogni partecipante su base annua per assistito considerando la media di pazienti relativi all'anno in corso.

A fine del primo anno, in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati, sarà istituito dall'A.S., di concerto con le O.O.S.S di categoria, il Fondo per la Medicina Generale che costituirà un elemento premiante per i Medici di assistenza primaria che otterranno obiettivi di salute.

Il fondo per la medicina generale sarà personale e per gruppo e dovrà essere utilizzato dal Medico per migliorare le dotazioni strumentali e le attrezzature dell'ambulatorio, i locali, per la retribuzione dei sostituti nei periodi di assenza e quant'altro possa accrescere la qualità del servizio.

Il NOA dovrà evidenziare le quote di ripartizione del fondo ai partecipanti al progetto tenendo presente che ai gruppi di medici la cui spesa è superiore all'obiettivo prefissato non viene corrisposto alcun incentivo.

I gruppi di medici che raggiungono l'obiettivo prefissato concorrono alla ripartizione degli incentivi. In questi gruppi, gli incentivi sono attribuiti in misura proporzionale al risultato raggiunto da ciascun medico ed alla quota di assistiti in carico allo stesso, mentre i singoli medici che all'interno dello stesso gruppo hanno livelli di spesa superiore all'obiettivo prefissato non concorreranno all'attribuzione degli stessi.

Il fondo, inoltre, sarà utilizzato per incentivare programmi di prevenzione ed educazione sanitaria elaborati dai M.M.G. in accordo con l'Azienda Sanitaria e per la predisposizione, somministrazione e valutazione agli assistiti dei medici partecipanti al progetto di un apposito questionario per la customer satisfaction, ritenuto fondamentale per la valutazione dell'impatto prodotto dall'adozione del progetto sui livelli di gradimento degli assistiti riguardo la qualità dell'assistenza.

Sono fatti salvi i progetti già avviati dalle A.A.S.S. nei quali sono rispettate le indicazioni contenute nello schema-tipo di progetto del presente A.I.R.

9. - PERCORSI DELLA SALUTE

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta come inevitabile conseguenza un proporzionale incremento delle patologie croniche e delle loro complicanze con le inevitabili ripercussioni di tipo clinico, sociale e di sostenibilità dei costi.

Queste patologie, in particolare l'ipertensione arteriosa, il diabete, le malattie cardiovascolari, le broncopatie croniche ostruttive rappresentano le cause di maggiore accesso agli ambulatori dei medici

- che dovrà essere indicata la quota di spesa per singole voci da attribuire ai medici di medicina generale
- che tale voce assume caratteri di variabilità da medico a medico, in relazione alla popolazione assistita, all'età dei pazienti, alle patologie trattate

le parti concordano

di adottare il sistema di budgeting applicato all'assistenza primaria.

Il budget è uno strumento operativo di programmazione e controllo per i centri di responsabilità a cui sono assegnati obiettivi quali-quantitativi e le correlate risorse sia correnti che di investimenti.

Il budget dei M.M.G. e dei GOT è estremamente complesso e ogni semplificazione rischia di compromettere la possibilità di successo dei progetti aziendali.

Preliminarmente le A.A.S.S. dovranno valutare i consumi sanitari relativi a:

- spesa complessiva media per abitante, cioè la spesa media per mix di spesa ospedaliera, farmaceutica e prestazioni specialistiche
- tassi di ricovero ordinari ed in day-hospital
- spesa farmaceutica per paziente
- spesa per la riabilitazione
- spesa per la diagnostica totale e per paziente.

Pur essendo preferibile individuare indicatori di costo per patologia, il livello attuale dei flussi informativi aziendali consente di poter definire il Budget assegnato al singolo medico, ai singoli GOT e al distretto, come somma dei budget dei gruppi, avendo come unica variabile la popolazione pesata. All'uopo è utilizzato il seguente sistema di "pesi":

Pesatura assistenza farmaceutica (100 % per fascia d'età)

(individuazione fasce da parte del Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del F.S.N. per la spesa farmaceutica):

Fascia d'età	0	1-4	5-14	15-44 maschi	15-44 femm.	45-64	65-74	> 74
Peso	1,000	0,969	0,695	0,693	0,771	2,104	4,176	4,290

Pesatura assistenza specialistica (100 % per fascia d'età)

Fascia d'età	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	> 74
Peso	0,242	0,204	0,169	0,228	0,363	0,573	1,000	0,897

Pesatura assistenza ospedaliera (50 % quota capitaria + 50 % per fascia d'età)

Fascia d'età	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	> 74
Peso	2,539	0,376	0,254	0,392	0,567	0,945	2,105	3,025

Metodo di calcolo del budget assegnato:

$S \times P = Y$ ricalcolo sulla variabile $Z = T$

dove:

S = spesa complessiva media per cittadino relativa all'anno 2005

P = numero di pazienti in carico al medico

Y = totale budget assegnato per medico

Z = deviazione dovuta all'età dei pazienti assistiti

T = effettivo budget virtuale assegnato.

Ai medici partecipanti non va attribuita la spesa per:

- prescrizioni a favore di assistiti non residenti, soggette a compensazione (a tal fine è necessario

E' necessario pertanto reingegnerizzare il modello organizzativo attraverso una serie di opzioni disponibili per gli assistiti che tengano conto:

- della facilità di accesso al servizio
- della tempestività dell'intervento
- della qualità delle prestazioni erogate
- di un'ampia copertura oraria.

Modelli organizzativi

Le A.A.S.S., al fine di soddisfare adeguatamente i bisogni assistenziali della popolazione, adotteranno modelli organizzativi tra quelli sottoindicati:

- a) disponibilità diurne telefoniche dei medici di assistenza primaria
- b) associazioni di medici che garantiscono le risposte alle chiamate urgenti diurne
- c) strutture associative complesse.

a) disponibilità diurna telefonica dei medici di assistenza primaria:

la disponibilità telefonica rappresenta la modalità di più semplice attuazione e la più familiare all'assistito che già conosce il proprio medico ed il suo numero telefonico. E' caratterizzata dalla disponibilità del medico di assistenza primaria a fornire una risposta alla chiamata dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dei giorni feriali.

Il medico valuta le opportune modalità di intervento in autonomia e secondo scienza e coscienza.

Il medico è tenuto a fornire ai pazienti ed al distretto di appartenenza il numero telefonico con il quale è garantita la disponibilità.

Il distretto può effettuare controlli a campione sull'effettiva risposta telefonica.

Incentivo: al medico è corrisposta una quota oraria aggiuntiva annua per assistito di € 3,00 ad assistito fino alla concorrenza di € 800.000,00.

b) disponibilità diurna delle medicine in associazione

le forme associative dei medici possono garantire la disponibilità diurna agli assistiti in carico all'associazione fornendo un servizio di disponibilità le cui modalità operative devono essere comunicate al distretto di appartenenza.

I medici delle associazioni (semplici, di rete, in gruppo, miste) possono stabilire fra loro modalità operative di disponibilità telefonica tali da garantire che almeno un medico dell'associazione risponda alla chiamata del cittadino per le urgenze dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

Incentivo: ai medici è corrisposta un'indennità pari ad € 3,00 che è aggiuntiva all'indennità percepita dal medico a seconda della tipologia di forma associativa alla quale ha aderito, fino alla concorrenza di € 700.000,00.

I medici in associazione possono aderire o alla disponibilità diurna telefonica (punto a) o alla disponibilità diurna delle medicine in associazione (punto b).

c) Strutture associative complesse

Sono formate da medici di assistenza primaria, continuità assistenziale ed altre figure professionali sanitarie e amministrative, organizzati in equipe territoriale o in UTAP, alle quali si rimanda per gli aspetti organizzativi ed economici, che garantiscono la disponibilità ambulatoriale e domiciliare alle urgenze.

II. - SCREENING TUMORI COLON-RETTO

I medici di assistenza primaria svolgono un ruolo centrale nell'ambito della campagna di screening dei tumori del colon-retto di cui alla D.G.R. n. 611/05.

Ai fini di raggiungere livelli ottimali di adesione informata le parti concordano quanto segue:

di assistenza primaria e dei medici specialisti e comportano un incremento dell'accesso alle prestazioni diagnostiche, un maggior consumo di farmaci, un più frequente ricorso ai ricoveri ospedalieri, un incremento delle disabilità.

E' necessario, pertanto, definire dei percorsi di disease management integrati mmg/specialisti dei pazienti affetti da malattie croniche ad alta prevalenza, al fine di migliorarne e standardizzarne il trattamento, privilegiare gli aspetti relativi alla prevenzione primaria e secondaria ed il trattamento delle eventuali complicanze, ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

E' compito del medico di medicina generale rilevare fra i suoi pazienti i portatori di tali patologie e individuare i soggetti a rischio, compilando accuratamente una scheda individuale (libretto della salute) in cui saranno segnalati tutti i fattori di rischio individuali in rapporto alla patologia o alle patologie presenti.

Tale scheda definirà i percorsi da seguire per una corretta gestione della patologia.

Saranno definite le indagini da effettuare, i controlli periodici, le consulenze specialistiche da predisporre e da programmare.

Il medico curante dovrà segnalare tutti gli eventi in relazione alla patologia, il decorso, le eventuali complicanze.

Le visite specialistiche e le indagini diagnostiche effettuate saranno riportate sulla scheda.

Sarà previsto uno spazio per le valutazioni annuali sul decorso della patologia, con particolare riguardo alla compliance alla terapia, alla valutazione della sua efficacia, alla compliance del paziente ad adeguarsi alla programmazione degli interventi previsti nella scheda.

Sarà previsto, inoltre, uno spazio dove gli specialisti riporteranno le loro valutazioni.

Il medico curante relaziona al distretto annualmente sulla gestione delle schede, sul numero dei pazienti monitorati, sulle problematiche che dovessero insorgere.

Al medico di assistenza primaria saranno corrisposti € 7,00 annui per scheda correttamente gestita fino alla concorrenza massima a livello regionale di € 900.000,00. Sarà compito delle A.A.S.S. valutare l'andamento e la correttezza della compilazione e dell'aggiornamento delle schede, anche con eventuali controlli a campione.

Le schede potranno essere in formato cartaceo o preferibilmente informatico.

Una copia cartacea del libretto sarà conservata dal paziente, affinché possano essere riportate le valutazioni o prescrizioni di eventuali interventi sanitari non programmati.

La preparazione dei libretti di salute effettuate entro 90 giorni dalla firma dell'accordo da apposita commissione formata da medici di medicina generale e specialisti delle patologie previste nel libretto di salute.

10. - ASSISTENZA H/12 - H/24

Uno dei principali bisogni espressi dalla popolazione è rappresentato dalla possibilità di disporre di strutture sanitarie organizzate per fornire assistenza sanitaria territoriale per 24 ore al giorno e 7 giorni su 7.

L'attuale struttura organizzativa del territorio, rappresentata dalle diverse articolazioni della medicina generale, dalla pediatria di libera scelta e dalle strutture specialistiche non consente di coprire integralmente l'assistenza H/24.

In particolare, la configurazione dei compiti dei medici di assistenza primaria, la struttura dell'orario di apertura degli ambulatori, la necessità di coordinare l'apertura dell'ambulatorio con le esigenze dei propri assistiti, la necessità di assicurare l'attività domiciliare, ordinaria o programmata, congiunta alla peculiare organizzazione del servizio di continuità assistenziale, che garantisce la copertura nei prefestivi - festivi e notturni, determinano un'oggettiva difficoltà di rispondere adeguatamente alle urgenze ed ai bisogni improcrastinabili degli utenti che, conseguentemente, convergono presso le strutture di ricovero con accessi e ricoveri impropri.

36, comma 5, dell'A.C.N. 23/3/2005, in merito all'orario minimo di apertura dell'ambulatorio nel comune dichiarato carente.

12.2. - RAPPORTO OTTIMALE

Visto:

l'art. 33, comma 9, dell'A.C.N. 23/3/2005, in ciascun ambito territoriale, definito ai sensi del precedente comma 2, è iscrivibile solamente un medico ogni 1.200 assistiti o frazione di 1.200 superiore a 600, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

12.3. - SCELTA - REVOCA - RICUSAZIONE

La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per trasferimento, decesso o doppiioni ha effetto dal giorno successivo al verificarsi dell'evento. L'Azienda è tenuta a comunicare la cancellazione al medico interessato tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento.

Ove dette comunicazioni fossero effettuate oltre il termine dei 12 mesi, non potranno essere ripetute somme superiori a 12 quote. Il danno derivante dai ritardi nella comunicazione dei dati sopra specificati sarà fatto valere dal medico nei confronti dell'Azienda.

12.4. - ZONE DISAGIATE

In considerazione delle particolari caratteristiche orografiche del nostro territorio si concorda che i Comitati Aziendali identifichino eventuali zone disagiate tenendo conto dei seguenti criteri:

- a) è identificabile come Zona disagiata il singolo comune e non l'intero ambito territoriale pertanto i benefici economici previsti dall'A.C.N. del 23/3/2005 saranno disponibili per i soli medici di assistenza primaria titolari di incarico di assistenza primaria nel comune di riferimento e non tutti i medici dell'ambito territoriale di riferimento;
- b) è definibile "zona disagiata" il comune che presenti tutte le seguenti condizioni:
 - o oggettive difficoltà di comunicazione viaria o ferroviaria con i comuni limitrofi;
 - o popolazione sparsa residente abitante in campagna e/o montagna, comunque non urbanizzata
 - o condizioni climatiche avverse per prolungati periodi dell'anno;
 - o meno di 650 abitanti e distante almeno 15 Km da altro comune dello stesso ambito.

Ai medici titolari di incarico nei comuni disagiati verranno corrisposti € 3,00 fino a 500 assistiti e € 2,00 per ogni assistito oltre i 500.

Da definire:

- importo incentivi screening colon-retto

CAPO III - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il servizio di Continuità Assistenziale costituisce un settore fondamentale per garantire i livelli essenziali di assistenza in particolare nell'ambito delle attività sanitarie erogate a livello distrettuale.

Al fine di ottimizzare la continuità delle cure e la presa in carico globale del paziente da parte del livello assistenziale territoriale, il servizio di continuità assistenziale dovrà essere organizzato secondo scelte strategiche che tengano conto della particolare conformazione oro-geografica del territorio regionale ed in maniera tale da:

- garantire la capillarità del servizio in ambito regionale
- distribuire le postazioni in coerenza con gli effettivi bisogni assistenziali

Azione	Incentivo
1 - pulitura liste	€ al MMG fino a 500 scelte
2 - firma lettera agli assistiti	€ al MMG da 501 a 1.000 scelte
3 - comunicazione agli assistiti della necessità di ulteriori indagini	€ al MMG con oltre 1.000 scelte
4 - sensibilizzazione individuale	€ per ogni assistito che effettua lo screening
5 - consegna del kit	
6 - istruzioni d'uso	
7 - richiamo dei non responders	

Ai medici che al termine del programma di screening avranno raggiunto un tasso di adesione degli assistiti, ancora in carico a quella data, superiore al 50 % spetterà un ulteriore incentivo forfettario di € per i medici fino a 500 scelte, di € da 501 a 1.000 scelte, di € oltre 1.000 scelte.

I medici dovranno comunicare all'A.S. i dati relativi alla campagna di screening (con indicazione del N. di adesioni e del N. di non responders da ricontattare) entro 60 gg. dalla data di consegna dei kit e periodicamente secondo le indicazioni che saranno fornite ai medici stessi.

12. - ASPETTI NORMATIVI

12.1. - AMBITI TERRITORIALI

- a) la libera scelta del Medico avviene ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge 833/78 nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie come definiti dalla Regione.
- b) per favorire l'associazionismo dei medici di assistenza primaria previste nel presente accordo, l'assistenza primaria è organizzata in via prioritaria per ambiti territoriali. L'ambito territoriale potrà essere costituito da comuni, gruppi di comuni o distretto. Un ambito territoriale deve comprendere una popolazione minima di almeno 15.000 assistiti (ridotti eventualmente per particolari situazioni orografiche o di viabilità comunque non inferiori a 5.000);
- c) l'ambito territoriale comunque deve essere intradistrettuale;
- d) gli ambiti territoriali dell'assistenza primaria, saranno definiti dai comitati aziendali di cui all'art. 23 dell'A.C.N. del 23/03/2005;
- e) nell'eventualità che nell'ambito territoriale individuato piccoli comuni o frazioni di comuni con oltre 500 abitanti si ritrovino privi di assistenza medica, e nell'impossibilità di poter dichiarare carente l'ambito di riferimento, verranno contattati i medici titolari di incarico di assistenza primaria nello stesso ambito con possibilità di scelte al fine di aprire altro ambulatorio nel comune o frazione interessata con congruo orario. Nell'eventualità che nessuno dei medici si dichiarerà disponibile, in deroga al rapporto ottimale, l'ambito potrà essere dichiarato carente;
- f) l'ambito di scelta del M.M.G. corrisponde all'ambito territoriale, fatti salvi i diritti acquisiti, nel caso di modifiche degli ambiti precedenti;
- g) i comitati aziendali, nel rispetto delle funzioni loro attribuite, definiscono le eventuali deroghe alla scelta del precedente comma 6;
- h) i medici titolari di convenzione per l'assistenza primaria, possono aprire uno o più ambulatori esclusivamente nell'ambito territoriale per come definito dal precedente comma 2. Nell'eventualità che dalla modifica di ambiti precedentemente individuati, il medico che avesse aperto un ambulatorio in un comune non ricompreso nell'ambito, può mantenere aperto il proprio ambulatorio e mantenere gli assistiti acquisiti, ma non potrà ottenere nuove scelte;
- i) nell'attribuzione di una nuova zona carente, il comitato definirà il comune carente di assistenza in cui il medico nuovo inserito dovrà aprire un ambulatorio e rispettare quanto previsto dall'art.

- realizzare la piena integrazione, a livello distrettuale, a livello distrettuale, con le altre figure professionali del territorio, in particolare con i medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta
- prevedere la partecipazione alle attività di cure primarie erogate a livello distrettuale in particolare nelle attività, azioni e progetti che prevedano la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

13. - ASPETTI NORMATIVI

13.1. - RAPPORTO OTTIMALE (art. 64 A.C.N.)

In relazione alla particolare conformazione oro-geografica del territorio calabrese ed in base alle caratteristiche della densità abitativa, della viabilità e dell'organizzazione dei livelli assistenziali presenti nel territorio di competenza, le Aziende Sanitarie terranno conto di un rapporto di riferimento di 1 medico ogni 3.500 residenti, per i medici inseribili nel servizio di Continuità Assistenziale.

Sino al riequilibrio di tale rapporto le Aziende sanitarie non potranno attribuire ulteriori incarichi. Le Aziende Sanitarie stipuleranno appositi accordi con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale e/o firmatarie dell'A.C.N. e del presente A.I.R. avvalendosi dei parametri suindicati, secondo quanto disposto dall'art. 64, ultimo comma, dell'A.C.N.

E' consentito il trasferimento e/o lo scambio di sede fra Medici a tempo indeterminato sia all'interno della stessa A.S.L. che tra A.A.S.S.L.L. diverse della stessa Regione.

Nel caso di scambio, gli interessati devono inoltrare alle Amministrazioni competenti una domanda congiunta con l'indicazione della presunta data di inizio dell'attività nelle nuove sedi ed entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione, il Direttore Generale e/o i Direttori Generali delle Aziende interessate emanano il definitivo provvedimento.

I medici interessati alle procedure di cui al comma precedente mantengono per intero l'anzianità di servizio maturata senza alcuna interruzione del rapporto convenzionale.

In relazione anche a quanto previsto dall'art. 64, comma 5, dell'A.C.N., le Aziende sono tenute:

- per la mobilità intrazientale:
 - a trasmettere, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a tutte le postazioni di C.A. del territorio di competenza, comunicazione della possibilità dell'applicazione dell'istituto della mobilità volontaria
 - i medici interessati entro 30 giorni presenteranno all'Azienda Sanitaria specifica richiesta
 - nel caso di più medici interessati alla stessa sede, prevarrà, nell'ordine, l'anzianità di incarico nell'Azienda, la minore età al conseguimento della laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea
- per la mobilità interazientale:
 - a trasmettere, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, a tutte le postazioni di c.a. del territorio regionale, comunicazione della possibilità dell'applicazione dell'istituto della mobilità volontaria;
 - nei successivi trenta giorni, a trasmettere al competente servizio del Dipartimento per la Tutela della Salute, la disponibilità degli incarichi da conferire attraverso la mobilità volontaria;
 - nei successivi ulteriori 30 giorni, il settore competente del Dipartimento procederà alla pubblicazione degli incarichi da conferire;
 - i medici interessati dovranno produrre istanza entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R. che costituisce notifica ufficiale agli interessati ed alle Aziende;

- nel caso di più medici interessati alla stessa sede, prevarrà, nell'ordine, l'anzianità di incarico nella Regione, la minore età al conseguimento della laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

13.2. - MASSIMALI (art. 65 A.C.N.)

Ai medici cui vengono conferiti aumenti di orario per la partecipazione alle forme associative di cui al presente AIR, sono corrisposti i compensi orari previsti dal Capo III dell'A.C.N. e dal presente A.I.R.

13.3. - COMPITI DEL MEDICO (art. 67 A.C.N.)

Per i conferimenti di incarico nelle forme associative previste dal presente A.I.R., di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriale, al medico sono corrisposti i compensi orari previsti dal Capo III dell'A.C.N. e dal presente A.I.R. Detti incarichi sono conferiti secondo ordine di graduatoria aziendale formulata sulla base della maggiore anzianità di titolarità di primo incarico, senza soluzione di continuità, nella continuità assistenziale anche ai medici incaricati a tempo indeterminato per l'assistenza primaria o pediatrica di libera scelta con rinuncia contestuale al predetto incarico.

Le ore di attività prestate nelle forme associative sono erogate nei confronti della popolazione che ha effettuato la scelta in favore dei medici facenti parte dell'associazione medesima.

E' consentito ai medici incaricati di effettuare nei giorni prefestivi e/o festivi turni orari fino ad un massimo di 24 ore consecutive.

I medici di C.A. partecipano a tutti i progetti obiettivi, concordati con le Aziende e con i rappresentanti delle OO.SS., firmatarie del presente A.I.R., che prevedano il loro attivo coinvolgimento.

Il Medico di Continuità Assistenziale assume responsabilmente l'onere di partecipare, nei limiti delle sue competenze a tutte quelle iniziative, anche sperimentali, mirate alla riduzione dei ricoveri e degli accessi impropri alle strutture di P.S., attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali.

Oltre le prestazioni aggiuntive di cui all'A.C.N. il medico di continuità assistenziale effettua le seguenti prestazioni:

Pazienti in stato di fermo

In considerazioni delle particolari condizioni di difficoltà che riveste la collaborazione con le forze dell'ordine, si concorda che per le visite effettuate presso le sedi dei Carabinieri, Polizia, Case circondariali e quant'altro similare, l'Azienda corrisponde un'indennità contenuta nei limiti delle tariffe previste nell'art. 57, comma 3, dell'A.C.N. Tale prestazione deve essere documentata e presentata all'A.S.L.

Le certificazioni non obbligatorie sono a carico del cittadino.

Pazienti psichiatrici

In considerazione dell'utilizzo improprio, continuativo ed abituale dei medici di C.A. in situazioni tipiche dell'area medico-psichiatrica, si concorda di perfezionare i percorsi finalizzati al riconoscimento della specificità dei ruoli per garantire l'assistenza più idonea al paziente, al fine di evitare che si verifichino situazioni pericolose per lo stesso, anche in considerazione dei limiti e dei compiti del medico di C.A.. A tal fine le Aziende corrispondono un'indennità aggiuntiva contenuta, comunque, nei limiti delle tariffe previste nell'art. 57, comma 3, dell'A.C.N.

14. - RISTORO PSICOFISICO

Ai sensi dell'art. 18, comma 5, del vigente A.C.N. che prevede un periodo di ristoro psicofisico non superiore ai 30 giorni nell'arco di un anno per il medico convenzionato di medicina generale, si concorda di equiparare per il medico di C.A., tale periodo di ristoro in non più di 104 ore annue (da riferire ad incarico a 24 ore settimanali). Al medico sostituito non spetta alcun compenso.

17. - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI (art. 73 A.C.N.)

Le Aziende Sanitarie devono dare attuazione al disposto dell'art. 73 dell'A.C.N. L'indennità di cui al comma 2, lettera b, resta confermata in € 52,00 giornalieri. In caso di inabilità del medico allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell'A.C.N., accertata dalla commissione di cui all'art. 19, comma 1, lettera f, il Direttore Generale dell'Azienda provvede ad adibire il medico ad altre differenti attività distrettuali o presso la C.O. della continuità assistenziale, ove attivata, mantenendo lo status giuridico ed economico, ivi compreso l'impegno orario settimanale.

18. - TRATTAMENTO DEI DATI – CODICE PRIVACY

I Medici di Continuità Assistenziale devono applicare le regole in materia di privacy adottate dalle Aziende Sanitarie di appartenenza.

19. - Disciplina delle incompatibilità (art. 17, lett. e, A.C.N.)

I Medici di Continuità assistenziale, in relazione al disposto di cui all'art. 17, comma 2, lettera c, dell'A.C.N. possono esercitare attività libero professionale presso strutture sanitarie, presidi, stabilimenti o istituzioni private anche accreditate, per una concorrenza massima complessiva di 38 ore settimanali, fermo restando quanto previsto dall'art. 65, comma 1.

La libera professione deve essere esercitata al di fuori degli orari di servizio, durante le ore diurne e nei giorni non festivi, non coincidenti con l'inizio e la fine dei turni di C.A. Il medico che effettua la libera professione è tenuto a comunicare entro 10 giorni la propria posizione all'A.S.L. di appartenenza.

E' consentito al medico di C.A. incaricato a 24 ore settimanali effettuare le sostituzioni richieste dal medico di assistenza primaria non limitata dal numero di scelte poste a suo carico. Tale sostituzione non concorre alla determinazione del massimale orario.

20. - ASPETTI TECNICO-ORGANIZZATIVI

20.1. - CENTRALE OPERATIVA (C.O.) di Continuità Assistenziale

Le Aziende Sanitarie possono predisporre l'attivazione di una centrale operativa di C.A. prefestiva-festiva-notturna, in cui operano medici titolari di C.A.

All'uopo possono essere utilizzati presso la C.O., medici appositamente formati:

- a completamento orario per ulteriori 14 ore settimanali
- riconosciuti inabili allo svolgimento dei compiti di cui al Capo III dell'A.C.N. dalla commissione di cui all'art. 19, comma 1, lett. f, del citato Accordo
- resi disponibili in seguito alla riorganizzazione del settore individuati in base all'anzianità di primo incarico, appositamente formati.

Obiettivi:

- fornire ai cittadini ed agli operatori sanitari un unico riferimento per la richiesta assistenziale sanitaria per le prestazioni non differibili della continuità delle cure primarie
- ottimizzare la sinergia degli interventi con gli operatori dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, utilizzando idonei mezzi anche telematici.

Le modalità operative e le competenze dei medici della centrale operativa di C.A. saranno definite da specifico protocollo adottato dal Dipartimento alla salute su proposta del Comitato Regionale.

L'Azienda provvederà alla copertura assicurativa per rischi professionali connessi al servizio svolto in Centrale Operativa di C.A.

La sostituzione del medico di C.A. che faccia richiesta di usufruire in modo parziale o totale delle 104 ore annue dovrà essere effettuata, seguendo le modalità previste dall'art. 70, comma 1.

Il medico di C.A. dovrà comunicare all'A.S.L. con almeno 15 giorni di anticipo la propria assenza. In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'Azienda la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazione nei pagamenti mensili, è consentito, peraltro, solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche sostituzioni tra i medici interessati titolari di incarico.

15. - COMPETENZE DELLE AZIENDE (art. 68 A.C.N.)

Fermo restando il rispetto dei requisiti igienico – sanitari, strutturali e delle misure di sicurezza delle postazioni, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente A.I.R. la Regione individuerà gli ulteriori requisiti di qualità da garantire.

Le Aziende Sanitarie, di norma, collocano le postazioni presso presidi ospedalieri, strutture sanitarie pubbliche, sedi di pubblica assistenza o presso locali messi a disposizione dagli Enti Locali garantendo un adeguato livello di sicurezza degli operatori.

L'Azienda, qualora non sia in grado di fornire un mezzo di servizio, dovrà garantire un'assicurazione che copra i rischi derivanti da furto – incendio – atti vandalici per qualsiasi veicolo utilizzato durante l'attività.

16. - SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI (art. 70 A.C.N.)

Al fine di favorire lo snellimento delle procedure di conferimento degli incarichi provvisori, le Aziende possono predisporre graduatorie di disponibilità di medici inseriti nella graduatoria regionale di settore. Le Aziende, ai fini della predisposizione delle graduatorie, dovranno procedere nel seguente modo:

- a) la Regione pubblica la graduatoria di settore per l'anno di riferimento;
- b) l'Azienda acquisisce le disponibilità dei medici inseriti nella graduatoria di settore, e, predispone la graduatoria in base ai punteggi con priorità per i medici residenti nell'Azienda. Le Aziende conferiscono gli incarichi di sostituzione, la cui durata è strettamente legata al periodo necessario ad assicurare le continuità del servizio. Qualora le condizioni lo consentissero, le Aziende potrebbero attribuire l'incarico per un periodo fino a 12 mesi.

L'incarico di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro del titolare anche anticipato o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato.

Nel caso in cui sia necessario proseguire la sostituzione, i successivi incarichi vengono attribuiti scomodando la graduatoria a seguire rispetto al medico già incaricato. Un ulteriore incarico allo stesso medico potrà essere attribuito dalla stessa Azienda solo dopo aver esaurito le procedure di cui al l'art. 70, comma 10, dell'A.C.N. del 23/03/05.

Qualora non fosse possibile garantire il servizio con incarichi attribuiti in base alla graduatoria di disponibilità o di settore, l'Azienda potrà concordare ai sensi dell'art. 65, comma 14, dell'A.C.N., con i medici già incaricati, un aumento delle ore settimanali oltre il limite delle 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore.

Qualora non fosse possibile esperte le procedure sopra indicate, nei casi di carenza disponibilità specificati nell'art. 70, comma 7, dell'A.C.N., al solo fine di garantire il servizio, si potranno incaricare medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, che abbiano dato la loro disponibilità in base alla norma transitoria n. 4 o, in mancanza di questi, in base alla norma finale n. 5 dell'A.C.N., ai quali potranno essere attribuiti incarichi per non più di tre mesi l'anno.

Nel caso in cui anche con le procedure di cui sopra non fosse garantito il servizio, potranno essere incaricati per non più di tre mesi i medici di cui all'art. 70, comma 6, dell'A.C.N.

CAPO IV – MEDICINA DEI SERVIZI

L'evoluzione dei livelli organizzativi e gestionali dell'assistenza territoriale, accompagnata dal contestuale incremento delle risorse assegnate al territorio dalla Regione in sede di riparto del F.S.R., impongono un forte coinvolgimento e potenziamento della Medicina dei servizi territoriali. Tale settore, che nel corso degli anni ha contribuito in maniera decisiva all'organizzazione dei servizi ed all'erogazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, riveste un ruolo centrale nell'ambito dell'assistenza distrettuale, della prevenzione e dei servizi sociali.

21. - CAMPO DI APPLICAZIONE (art. 74 A.C.N.)

Nelle more dell'attuazione del disposto di cui all'art. 8, comma 1 bis, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., le Aziende Sanitarie utilizzano i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R. n. 218/92, i medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 5, comma 4, dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484 del 1996, salvaguardando, di norma, il principio della continuità di servizio nella struttura di appartenenza.

22. - MASSIMALE ORARIO (art. 75 A.C.N.)

Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino ad un massimo di 38 ore settimanali. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal Capo IV dell'A.C.N. e di altre attività compatibili non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

Ai medici della Medicina dei servizi territoriali, titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 23 marzo 2005, non si applica il disposto dell'art. 75, comma 3, dell'A.C.N.

23. - COMPITI E DOVERI DEL MEDICO (art. 78 A.C.N.)

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato deve adoperarsi per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Azienda; non sono imputabili al medico inadempienze od omissioni poste in essere da altri dipendenti dell'Azienda.

Ai medici che svolgono incarichi di responsabilità nell'ambito specifico che non sono assimilabili agli incarichi di cui all'art. 18, comma 2, lettera b, dell'A.C.N. è corrisposto, per ogni ora di incarico svolto in tale ruolo, un compenso aggiuntivo pari ad € 2,00. La percentuale dei medici cui è corrisposto tale compenso è fissata al 15 % dei medici dell'Azienda titolari di incarico a tempo indeterminato. I medici dei servizi titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti regionali e/o aziendali. Per tale partecipazione è corrisposto un compenso pari a quello previsto per il personale della dirigenza medica partecipante al progetto a parità di compiti.

24. - DISPONIBILITA' (art. 80 A.C.N.)

Il medico della medicina dei servizi, su autorizzazione dell'Azienda Sanitaria di appartenenza e previo suo consenso, può svolgere la propria attività presso strutture o enti del S.S.N. o del S.S.R.

25. - ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI (art. 89 A.C.N.)

Le Aziende sono tenute a garantire la copertura assicurativa dei medici per come previsto dall'art. 89 dell'A.C.N.

26. - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER LA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

Al fine di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate, i medici della medicina dei servizi si impegnano a partecipare ai corsi di aggiornamento professionale e alla formazione anche non obbligatoria organizzati dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie e alle attività o iniziative aziendali riguardanti:

- educazione alla salute
- informazione sui servizi sanitari

20.2. - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER LA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

Al fine di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate, i medici di Continuità Assistenziale si impegnano a partecipare ai corsi di aggiornamento professionale e alla formazione non obbligatoria organizzati dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie, ai progetti o iniziative di educazione alla salute, di informazione sui servizi sanitari, di appropriatezza prescrittiva.

Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato che forniranno formalmente alle Aziende di appartenenza la disponibilità a partecipare alle suddette attività è corrisposta un'indennità aggiuntiva di € 0,90 per ogni ora di attività.

20.3. - INDENNITA' PER FESTIVITÀ DI PARTICOLARE RILEVANZA

Ai medici che svolgono il servizio nei giorni e nelle ore sottoindicate spetta il compenso aggiuntivo di € 51,65:

- 1° gennaio ore 8.00 – 20.00
- Pasqua ore 8.00 – 20.00
- Lunedì dell'Angelo ore 8.00 – 20.00
- 1° maggio ore 8.00 – 20.00
- 15 agosto ore 8.00 – 20.00
- 24 dicembre ore 20.00 – 8.00
- 25 dicembre ore 8.00 – 20.00
- 26 dicembre ore 8.00 – 20.00
- 31 dicembre 20.00 – 8.00.

20.4. - REPERIBILITA' (art. 71 A.C.N.)

In relazione all'art. 71 dell'A.C.N., i medici di C.A., sia titolari che sostituiti, sono tenuti ad effettuare i turni di reperibilità domiciliare organizzata nelle rispettive sedi.

Ogni turno di reperibilità, che è di ore 1 e 30 minuti, è organizzato, così come previsto dall'art. 71, comma 1, dell'A.C.N., e cioè:

dalle ore 19,00 alle 20,30 dei giorni feriali e festivi
dalle ore 09,00 alle 10,30 dei giorni prefestivi

dalle ore 07,00 alle ore 08,30 dei soli giorni festivi.

In considerazione delle diverse esigenze delle singole Aziende, viene demandata alla contrattazione aziendale la definizione delle modalità organizzative dei turni di reperibilità domiciliare.

Si concorda che per ogni sede di C.A. i medici in turno di reperibilità, ai sensi dell'art. 71, comma 2, siano nel rapporto di almeno un medico reperibile per sede, fatte salve particolari esigenze organizzative a livello aziendale.

Ove necessario l'Azienda, in subordine al comma precedente, potrà organizzare, previa specifica trattativa aziendale con le OO.SS. di settore maggiormente rappresentative, i turni di reperibilità utilizzando prima i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore non incaricati e successivamente i medici non inseriti in graduatoria regionale, che siano comunque disponibili.

Il compenso spettante per ogni turno di reperibilità di (h 1,30'), è pari ad una quota di € 4,00 onnicomprensiva, quale indennità per lo svolgimento della reperibilità e per i rischi legati alla necessità di svolgere il servizio con immediatezza e con qualsiasi condizione atmosferica.

Sono esclusi, di norma, dall'effettuare la reperibilità, salvo espressa richiesta, con indicazione dei turni di disponibilità, i medici titolari di doppio incarico compatibile nella medicina generale.

Entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente A.I.R., fatti salvi gli accordi aziendali in essere, le Aziende Sanitarie, sentiti i Comitati Aziendali, definiscono le modalità:

- di collaborazione, per il tempo in cui i medici non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri delle Aziende stesse facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza
- di utilizzazione presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, etc.
- di interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati.

30. - SOSTITUZIONI, INCARICHI PROVVISORI (art. 97 A.C.N.)

Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato e per le sostituzioni superiori a 15 giorni, l'Azienda può conferire incarichi provvisori che cessano a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato o alla scadenza.

Gli incarichi provvisori sono conferiti a 38 ore settimanali e, al fine di garantire livelli qualitativi ottimali nell'erogazione del servizio, possono avere durata sino a dodici mesi.

Per il conferimento degli incarichi provvisori, le A.A.S.S., annualmente, formuleranno apposita graduatoria di disponibilità aziendale secondo il seguente ordine: anzianità di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale nella stessa Azienda, punteggio in graduatoria regionale del settore dell'emergenza. A parità di anzianità si terrà conto della minore età al conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Il conferimento di incarico provvisorio a medici di continuità assistenziale comporta il diritto al mantenimento dell'incarico originario presso la stessa sede di titolarità.

Possono essere inseriti nella predetta graduatoria di disponibilità esclusivamente i medici in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 92, comma 4, dell'A.C.N.

I medici non iscritti nella graduatoria regionale di settore sono iscrisibili nella graduatoria di disponibilità aziendale purché idonei all'attività ed in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 92, comma 4, dell'A.C.N.; gli stessi, comunque, saranno collocati dopo i medici presenti in graduatoria regionale.

In presenza di idoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso l'incarico provvisorio non può essere conferito. Nel caso in cui la condizione di idoneità insorgesse dopo il conferimento dell'incarico provvisorio, lo stesso deve essere revocato.

31. REFERENTE DI POSTAZIONE

Il Direttore Generale, sentito il Comitato Aziendale, che procede alla formulazione dell'elenco dei medici individuati a rotazione, individua presso ciascuna postazione, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, un medico titolare di incarico a tempo indeterminato quale referente di postazione.

Obiettivi:

favore la responsabilizzazione, la qualificazione e le conoscenze del servizio da parte di tutti gli operatori sanitari attraverso percorsi di diretta responsabilizzazione professionale, trasmettendo alla Direzione di C.O. ed al Responsabile del S.U.E.M. aziendale le criticità e le azioni propositive utili per la qualificazione continua del servizio.

Compiti:

- curare i rapporti tecnico/organizzativi con i Responsabili di C.O. e del S.U.E.M.
- predisporre i turni di servizio

- qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
- sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
- utilizzo ed implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- clinical governance e governo della domanda.

Ai medici che forniranno formalmente alle Aziende di appartenenza la disponibilità a partecipare alle suddette attività è corrisposta un'indennità aggiuntiva di € 2,50 per ogni ora di incarico settimanale.

CAPO V - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., l'organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale è realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'Atto d'intesa Stato-Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17/05/96.

27. - INDIVIDUAZIONE ED ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI (art. 92 A.C.N.)

Prima della comunicazione alla Regione dei posti disponibili da pubblicare sul B.U.R., l'Azienda provvede al trasferimento intraziendale, previa richiesta dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato di E.S.T. nella stessa Azienda. Per l'espletamento di tali trasferimenti l'Azienda formulerà una graduatoria per anzianità di servizio nell'E.S.T. A parità di anzianità sarà tenuto conto nell'ordine della minore età al conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

28. - MASSIMALE ORARIO (art. 93 A.C.N.)

L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che siano trascorse 12 ore dalla fine del turno precedente. Per ragioni eccezionali e contingenti, specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio dovesse essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio dell'equità distributiva fra tutti i medici incaricati dei turni diurni, notturni e festivi.

29. - COMPITI DEL MEDICO (art. 95 A.C.N.)

Al fine di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate, oltre ai compiti istituzionali previsti dall'A.C.N., ai medici dell'E.S.T. sono attribuiti anche i seguenti compiti aggiuntivi:

- promozione della donazione di organi
- partecipazione alle attività di diffusione della cultura dell'emergenza e del primo soccorso
- partecipazione ai processi di stesura e revisione dei protocolli operativi
- partecipazione alle iniziative relative all'appropriatezza nell'utilizzo del servizio di E.S.T. da parte dei cittadini
- formazione ed aggiornamento del personale sanitario
- partecipazione ai corsi di aggiornamento professionale e alla formazione non obbligatoria organizzati dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie.

Ai medici che forniranno formalmente alle Aziende di appartenenza la disponibilità a partecipare alle suddette attività e per l'espletamento dei compiti aggiuntivi previsti dal presente A.I.R. è corrisposta un'indennità aggiuntiva di € 5,50 per ogni ora di attività.

La mancata o parziale utilizzazione di detti fondi consentirà l'assegnazione degli stessi a favore degli altri istituti previsti nell'A.I.R.

Norma finale N. 3: le percentuali relative agli istituti di cui al presente A.I.R., e le correlate risorse finanziarie, sono da intendersi riferite agli assistiti in ambito aziendale.

Norma finale N. 4: ai fini della partecipazione agli istituti incentivanti previsti dal presente A.I.R. le Aziende terranno conto dell'ordine cronologico di presentazione delle richieste da parte dei medici. Le Aziende, per gli istituti del presente A.I.R. che comportino un impegno economico a carico del medico, prima della verifica dovranno comunicare all'interessato, con congruo anticipo, la possibilità di poter usufruire dei benefici.

Norma finale N. 5: Il presente A.I.R. entra in vigore dalla data di pubblicazione sul B.U.R. e rimarrà in vigore sino alla stipula del nuovo accordo regionale, fatti salvi eventuali nuovi istituti previsti nell'A.C.N. non compatibili con il presente accordo.

Norma finale N. 6: le risorse di cui al punto 8. Attività ed obiettivi regionali del presente A.I.R. sono attribuite sui compensi mensili per l'adesione alle attività che è obbligatoria e corrispondono alla quota regionale degli incrementi contrattuali (€ 3,08 pro-capite).

Norma finale N. 7: le Aziende garantiscono ai Sindacati firmatari del presente Accordo una costante, tempestiva e preventiva informazione sugli atti e i provvedimenti che riguardano tutti i settori della Medicina Generale.

DICHIARAZIONE A VERBALE

Nelle more dell'eventuale approvazione della proposta di legge regionale 104, che prevede tra l'altro modalità operative per il passaggio alle dipendenze dei medici risultati idonei, la parte pubblica si impegna a definire, entro breve termine, le procedure per l'inquadramento nel ruolo dei medici incaricati a tempo indeterminato.

- curare i rapporti tecnico/organizzativi con gli altri medici della postazione fornendo suggerimenti e verificando l'adesione alle linee guida ed agli obiettivi aziendali
- proporre ai Responsabili di C.O. e del S.U.E.M. azioni per il miglioramento del Servizio
- contribuire a trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida adottate, sulla condivisione dei progetti aziendali nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio.

L'incarico di postazione ha durata bimestrale ed è svolto con il criterio della rotazione. Per l'espletamento dei compiti di referente è corrisposta un'indennità di € 138,00 mensili.

32. - INDENNITÀ PER FESTIVITÀ DIPARTICOLARE RILEVANZA

Ai medici che svolgono il servizio nei giorni e nelle ore sottoindicate spetta il compenso aggiuntivo di € 51,65:

- 1° gennaio ore 8.00 – 20.00
- Pasqua ore 8.00 – 20.00
- Lunedì dell'Angelo ore 8.00 – 20.00
- 1° maggio ore 8.00 – 20.00
- 15 agosto ore 8.00 – 20.00
- 24 dicembre ore 20.00 – 8.00
- 25 dicembre ore 8.00 – 20.00
- 26 dicembre ore 8.00 – 20.00
- 31 dicembre 20.00 – 8.00.

32-bis FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO E PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE

Le parti si impegnano a definire, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, quanto demandato nei commi 4 e 5 dell'art. 94 dell'A.C.N.

33. - Riposo annuale (art. 98, comma 3, A.C.N.)

Al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni calcolati come segue: i 21 giorni lavorativi equivalgono, in una turnazione di 24 ore, a 7 mattine, a 7 pomeriggi a 7 notti, pari a 14 turni diurni e 7 notturni per un totale di 168 ore mensili.

34. - Assicurazione contro i rischi (art. 99, comma 5 e 8, A.C.N.)

L'indennità di cui alla lett. b) comma 5 dell'art. 99 dell'A.C.N. è determinata in € 78,00 giornalieri.

NORME FINALI

Norma finale N. 1: La Regione anche attraverso organismi appositamente costituiti, verifica annualmente le risorse disponibili per l'incomplete utilizzo dei sistemi incentivanti al fine della rinegoziazione di dette risorse.

Norma finale N. 2: Le Aziende Sanitarie, sentiti i rispettivi Comitati Aziendali, valuteranno entro dodici mesi dall'entrata in vigore del presente A.I.R. l'utilizzazione destinati ai progetti previsti per l'Assistenza Primaria.