

Preintesa per la stipula dell'

“ACCORDO REGIONALE”

dei medici di medicina generale

*IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO
ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005,
MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA
STATO - REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE”*

1. PARTE GENERALE

L'attività della Medicina Generale è conseguenza degli indirizzi regionali e coerente alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e Socio Sanitario Regionale. L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini i più elevati standard assistenziali richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare facendo riferimento a definiti e specifici criteri qualitativi.

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo essenziale nella rete dei Servizi Sanitari; le potenzialità di questa figura professionale e il contributo conseguente si sostanzia nella possibilità di prendere in carico il paziente e di affrontare e risolvere le problematiche poste dalla necessità di integrare la medicina territoriale con la rete d'offerta ospedaliera.

Quindi oltre a costituire il gate keeper del sistema, il presente accordo attribuisce al medico di medicina generale/professionista delle cure primarie il ruolo oltre di erogatore di prestazioni, anche quello di “coordinatore della cura” del proprio assistito. Al fine di migliorare la gestione unitaria del paziente è pertanto fondamentale ricercare la maggiore integrazione possibile fra medici che operano sul territorio, medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali.

L'attività dei Medici di Medicina Generale porta con la propria attività il contributo al perseguimento delle compatibilità economiche di sistema, correlandosi con le risorse complessive a disposizione. Queste ultime sono finalizzate quindi ad azioni che favoriscano la presa in carico del paziente, attraverso l'applicazione di percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, l'impiego della Banca Dati Assistito (BDA) e l'utilizzo delle rete SISS.

2. DURATA DELL'ACCORDO REGIONALE

Il presente Accordo avrà efficacia a partire dalla data di assunzione del relativo provvedimento deliberativo da parte della Giunta Regionale e resta in vigore, di norma, fino alla stipula degli Accordi Regionali previsti dal successivo A.C.N. Ciò non di meno essendo il contesto regionale caratterizzato da una continua evoluzione, si prevede per le parti relative alle azioni di miglioramento la possibilità di una verifica ovvero di aggiornamento e integrazione a partire dal 1.1.2008 con cadenza annuale; si demanda inoltre al Comitato Regionale l'aggiornamento dei restanti contenuti del presente accordo.

PARTE PRIMA

AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA

1. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E GOVERNO CLINICO

Il governo clinico rappresenta una modalità di lavoro che garantisce agli assistiti una migliore gestione dei percorsi da parte dei professionisti e un miglioramento della qualità e dell'efficacia della pratica clinica. I vantaggi di un sistema improntato al governo clinico sono evidenti e misurabili in termini di indicatori di salute ma anche di miglior utilizzo delle risorse. Sul versante delle cure primarie, il governo clinico riconosce significatività alle attività di presa in carico e gestione dei percorsi degli assistiti.

La presa in carico da parte del medico di medicina generale si sostanzia nel/nella:

- mantenimento della relazione medico di medicina generale – paziente;
- collaborazione alla definizione, applicazione e monitoraggio dei PDT;
- gestione dell'informazione e delle decisioni direttamente connesse ai percorsi diagnostico – terapeutici;
- partecipazione concordata alle attività nell'area delle prevenzione (sui comportamenti, stili di vita);
- appropriatezza prescrittiva (farmaceutica e specialistica).

Le risorse devono essere utilizzate tenendo conto dei livelli di spesa programmati e finalizzate ad azioni che favoriscano la presa in carico del paziente ovvero il raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale.

Strumenti a disposizione del medico di medicina generale sono rappresentati dai/dal:

- percorsi diagnostico terapeutici (PDT) condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento finalizzati ad accrescere la possibilità di governo clinico da parte del medico di medicina generale anche attraverso l'individuazione dei livelli di responsabilità;

- utilizzo della Banca Dati Assistito (BDA) e della rete SISS;
- percorsi formativi congiunti tra professionisti di differenti livelli di cura.

Per l'anno 2007 le quote di cui all'art 59 punto b) comma 15 del vigente ACN saranno erogate ai medici di medicina generale in funzione delle seguenti aree di attività

- appropriatezza prescrittiva: valutazione strutturata dei report di consumo al fine di definire il carico assistenziale e le criticità conseguenti e realizzazione azioni di miglioramento rispetto al profilo dei consumi con particolare riferimento alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto di cui alla DGR 3776/2006.
- percorsi diagnostico terapeutici: all'interno dei PDT individuati a livello regionale, attuazione a livello locale di un PDT con identificazione del livello di presa in carico e verifica del raggiungimento dei risultati concordati. Il PDT individuato a livello aziendale, come detto in precedenza, risulta essere uno tra quelli individuati dai gruppi di lavoro regionali e che nel contesto aziendale presenta maggiori criticità rispetto al dato epidemiologico ovvero rispetto alle indicazioni che emergono dalla Banca Dati Assistito. Per l'attuazione a livello locale si reputa necessario un accordo ASL, medici di medicina generale e medici specialisti con la definizione di un sistema di relazioni che faciliti la presa in carico da parte del medico di medicina generale anche dei pazienti attualmente totalmente in carico ad altri livelli di cura.

Gli accordi aziendali, da definirsi in sede di prima applicazione del presente accordo entro il mese di maggio 2007, attueranno in sede locale le aree di attività in precedenza evidenziate, secondo indicazioni che saranno fornite dal livello regionale in merito alle aree di attività e agli indicatori relativamente ai PDT.

Le aree di risultato, attesa la puntuale definizione del livello regionale, oggetto dei predetti accordi aziendali dovranno essere ricomprese indicativamente per:

- l'area dell'appropriatezza prescrittiva: raggiungimento individuale di obiettivi definiti nell'accordo aziendale sulla base delle indicazioni regionali (ex DGR 3776/2006) e tenendo conto dei livelli di prescrizione dell'anno precedente relativamente ai livelli di spesa riferiti ai farmaci a brevetto scaduto complessivamente ovvero relativamente a gruppi terapeutici omogenei.

- *l'area dei PDT*: raggiungimento del livello definito a livello aziendale sulla base delle indicazioni del comitato regionale degli indicatori di presa in carico.

Il compenso spettante ai singoli medici di medicina generale, secondo quanto previsto dal comma 15, lett. B) art. 58, verrà erogato in due soluzioni con modalità da concordare nel Comitato Aziendale, nella misura del:

- 50% a titolo di acconto per l'adesione e la partecipazione alle attività aziendali così come definita dall'accordo aziendale;
- 50% per il raggiungimento dei risultati negoziati relativamente alla composizione dei consumi dell'area farmaceutica e riferito al consumo di farmaci con brevetto scaduto ovvero al rispetto degli indicatori di presa in carico con le modalità in precedenza indicate. La verifica verrà effettuata in tempi utili a conseguire la liquidazione delle competenze con gli emolumenti del mese di Dicembre 2007, fatto salvo per gli aspetti inerenti l'appropriatezza prescrittiva, l'eventualità di conguaglio successivo.

Per gli anni successivi gli obiettivi e gli indicatori saranno definiti a livello regionale indicativamente entro il 10 dicembre di ogni anno.

La quota parte del fondo aziendale eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti, sarà ridistribuita, con modalità da concordare nel Comitato Aziendale, fra i medici di medicina generale con criteri definiti dal Comitato Aziendale tenendo conto sia del parziale raggiungimento degli obiettivi sia di eventuali progettualità aggiuntive. All'interno dei progetti ospedale territorio così come individuati dal sistema di regole 2007 e quindi con specifiche risorse potranno (in relazione ai PDT) anche essere riconosciute attività di erogazione diretta di prestazioni sanitarie all'interno dei percorsi diagnostico terapeutici, quali, a titolo d'esempio, monitoraggio TAO, prove spirometriche, elettrocardiogrammi, anche effettuate con la modalità della telemedicina. I predetti progetti potranno anche riguardare la fornitura di servizi sanitari di base innovativi

alla popolazione intesi come sistemi complessivi di assistenza sanitaria per obiettivi di salute preventivamente definiti ricomprendenti i settori della prevenzione, della clinica , della educazione sanitaria

2. ASSOCIAZIONISMO

L'associazionismo, come indicato nel documento regionale di indirizzo, costituisce una modalità organizzativa e strutturale idonea a garantire la copertura assistenziale diffusa nel territorio e il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico.

L'ACR pertanto rispetto a questo istituto, fatte salve le specificità organizzative derivanti dalle particolarità territoriali e/o demografiche, individua alcuni riferimenti organizzativi e gestionali delle forme associative che potrebbero favorire il raggiungimento di ulteriori obiettivi di salute della comunità garantendo altresì la facilità di accesso ai servizi.

Pertanto gli obiettivi generali dai quali discendono i “requisiti” ipotizzati sono quelli di:

- rispondere attraverso l'organizzazione dell'attività ambulatoriale, alle richieste di prestazioni non differibili;
- garantire una maggiore copertura degli assistiti che necessitano percorsi di assistenza territoriale;
- aumentare la comunicazione tra medici di assistenza primaria;
- fornire prestazioni sanitarie omogenee sul territorio ed integrate con altri livelli di cura.

Si ritiene quindi che le caratteristiche strutturali dell'offerta che andranno a qualificare ulteriormente le forme associative possano essere:

- ore di ambulatorio complessive superiori al minimo previsto e articolazione lungo l'arco della settimana al fine di favorire l'accesso; questo aspetto può essere raggiunto prevedendo una distribuzione omogenea, l'estensione del numero di giorni di copertura ovvero l'adeguata copertura in alcune giornate;
- contattabilità anche telefonica per un numero adeguato di ore aggiuntivo a quanto previsto dall'A.C.N.;

- presenza, in sedi comuni dell'associazione, del personale di studio per favorire l'accesso degli assistiti garantendo anche un supporto a questi ultimi per il disbrigo delle pratiche amministrative;
- condivisione con altri segmenti del medesimo livello di cura, anche in prospettiva attraverso l'uso del SISS, dell'elenco degli assistiti in condizioni di fragilità e le relative informazioni clinico / assistenziali;
- attività clinica orientata e coerente con i PDT definiti in sede aziendale;

Le associazioni in gruppo e in rete attualmente in essere continuano ad essere retribuite per l'anno 2007, per quanto attiene ai requisiti previsti dal vigente ACN, con le quote previste dall'ACN stesso.

Per la determinazione del fondo a riparto e per gli istituti previsti dall'art 59 punto B comma 1 dell'A.C.N. si fa riferimento a quanto previsto dal medesimo articolo. Il fondo e la relativa integrazione di RAR (pari per l'anno 2007 a € 4.869.578,53) riconosce a decorrere dal 1.1.2007 le indennità di cui agli istituti in precedenza evidenziati con un livello di diffusione percentuale pari ai valori della successiva tabella

Medicina in rete	24%	% degli assistiti in ambito regionale
Medicina di gruppo	21%	% degli assistiti in ambito regionale
Collaboratore di studio	32%	% degli assistiti in ambito regionale
Infermiere	13%	% degli assistiti in ambito regionale

Attesa l'importanza dello sviluppo dell'organizzazione dell'attività nel secondo semestre dell'anno 2007, si prevede un aumento della percentuale nel sistema regionale del collaboratore di studio e dell'infermiere sino alla concorrenza delle seguente percentuali massime:

Collaboratore di studio	34%	% degli assistiti in ambito regionale
Infermiere	15%	% degli assistiti in ambito regionale

Per quanto riguarda le forme associative, la qualificazione di queste ultime (contestuale diminuzione della medicina in associazione e aumento della medicina in rete e della medicina in gruppo) potrebbe portare nel secondo semestre dell'anno 2007 alle seguenti percentuali massime di diffusione

Medicina in associazione	22%	% degli assistiti in ambito regionale
Medicina in rete	27%	% degli assistiti in ambito regionale
Medicina di gruppo	23%	% degli assistiti in ambito regionale

Questo comporta la necessità di un'integrazione ulteriore delle RAR pari a €2.164.000,00 su base semestrale (comprensivo dell'incremento dei costi dell'indennità informatica ad un possibile aumento della partecipazione al SISS).

Nel corso dell'anno 2007 e comunque entro il 30 giugno le Aziende raccoglieranno le eventuali opzioni "strutturate" di forma associativa/ acquisizione personale di studio comunicandole in Regione per una verifica da parte del Comitato Regionale.

Atteso che il riconoscimento potrà avvenire solo nelle more della capienza del fondo ovvero della quota ulteriore di RAR così come in precedenza indicato, il comitato regionale definirà i criteri per l'accoglimento delle domande.

L'adesione al CRS-SISS rappresenterà requisito obbligatorio per le forme associative solo dopo il rinnovo dell'accordo SISS e comunque orientativamente il 31.08.2007.

Quali ulteriori requisiti aggiuntivi rispetto a quanto previsto dall'art 54 dell'A.C.N., verranno valutati dalle ASL i seguenti criteri a partire dalle nuove forme associative::

- esistenza di un vantaggio per gli assistiti;
- contenuti della Carta dei servizi della forma associativa;
- rispetto di quanto previsto dall'art 33 dell'A.C.N. comma 12;

Per quanto riguarda la medicina di rete e di gruppo, la struttura fisica e logica delle reti informatiche dovrà consentire la piena applicazione on line della consultazione degli archivi; in attesa di una definizione dei relativi documenti, si rimanda al contributo collegato all'accordo regionale dell'anno 2001.

Il fondo ex art. 59, le relative integrazioni, le percentuali massime e i riconoscimenti saranno rideterminati annualmente entro il 15 dicembre di ogni anno. Questo alla luce delle risorse disponibili, ricorrendo in via prioritaria qualora necessario e condiviso, anche ad una riduzione del valore della forma associativa semplice così come peraltro prevista dai documenti di indirizzo.

2.1 FONDO DI QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA

Come detto in precedenza, la qualificazione dell'offerta costituisce elemento di indirizzo e azione conseguente di miglioramento del sistema. Viene pertanto istituito un fondo (pari a € 9.100.000,00) che nel riprendere le indicazioni in precedenza evidenziate, definisce una serie di requisiti distinti per

- a) Medici di medicina generale operanti nel SSR singoli o appartenenti alle forme associative ritenendo comunque la qualificazione dell'offerta obiettivo strategico per l'intero complesso del sistema delle cure primarie.
- b) Medici operanti nelle medicine di rete e/o di gruppo in modo da realizzare gli indirizzi regionali rispetto all'evoluzione e qualificazione di queste forme.

Il Fondo in sede di prima applicazione è suddiviso tra i medici in rapporto al numero degli assistiti al 31 Dicembre 2007, che dichiarino tramite autocertificazione (il cui modello sarà definito in sede di Comitato Regionale), e successiva verifica da parte delle Aziende Sanitarie, il possesso nell'anno dei requisiti di seguito indicati .

Nello specifico:

- a) I medici di medicina generale operanti nel SSR singoli o appartenenti alle forme associative accedono ad una quota pari 50% del fondo regionale a condizione che che rispondano ai seguenti requisiti
 - 1) Svolgano attività ambulatoriale per 5 giorni settimanali, anche se appartenenti a forme associative, con un incremento di quanto previsto dall'A.C.N. del 20%;

- 2) Garantiscano l'attività ambulatoriale il venerdì pomeriggio o il sabato mattina o alternativamente il lunedì mattina con un numero di ore adeguato ai pazienti in carico;
 - 3) Provvedano inoltre a condividere aggiornandolo, in prospettiva attraverso l'uso del SISS, l'elenco degli assistiti in condizioni di fragilità (di norma tra quelli in APD e ADI) e le relative sintesi clinico/ assistenziali.
- b) Medici in medicina di rete e di gruppo accedono ad una quota pari 50 % del fondo a condizione che rispondano ai seguenti requisiti aggiuntivi rispetto a quelli individuati per le forme associative
- 1) Garantiscano un orario di studio dei medici tale da coprire complessivamente almeno sette ore/die per cinque giorni settimanali nella sede unica se medicina di gruppo. Per quanto riguarda la medicina in rete il requisito è assolto qualora nella sede comune sia prevista una presenza giornaliera di almeno cinque ore/die con modalità, esplicitate nella carta dei servizi, atte a garantire gli accessi per prestazioni non differibili. Il requisito è raggiunto a condizione che vengano mantenuti da parte dell'associazione gli orari negli altri ambulatori.
 - 2) Garantiscano la presenza, anche parzialmente non sovrapposta all'attività ambulatoriale, di personale di segreteria (per il front office anche telefonico) e di infermiera (anche per attività di counselling) nella sede unica o comune superiore, per almeno una delle due figure professionali, del 15% superiore a quanto attualmente in essere, secondo un piano di utilizzo depositato e verificato dall'ASL, sentito il Comitato Aziendale. Il predetto piano può prevedere (previa definizione di accordo aziendale con risorse specifiche) anche la presa in carico di attività attualmente erogate dall'Azienda.
 - 3) Garantiscano almeno 3 ore di apertura della sede unica/comune il sabato mattina realizzando una copertura su 6 giorni la settimana.

Per quanto riguarda il personale collaboratore di studio e infermiere, nel ribadire che costituiscono elementi qualificazione dell'offerta di cure primarie anche per il medico singolo, in termini organizzativi si reputa significativa e imprescindibile la presenza fisica di questi ultimi nello studio.

Per quanto riguarda gli standard organizzativi si riconfermano quelli attualmente in essere ovvero che il collaboratore di studio, per il medico singolo, sia presente in studio per almeno 8 ore settimanali, per la medicina in forma associata sia presente per almeno 20 ore settimanali nel caso di tre medici, 25 ore settimanali nel caso di quattro medici, 30 ore settimanali nel caso di cinque medici. Per ogni medico oltre i cinque dovrà essere garantita una ulteriore disponibilità di sei ore settimanali. L'infermiere dovrà essere disponibile in studio per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore di studio e collaborare con il medico alle attività relative al counselling ovvero all'erogazione di prestazioni.

Nell'attivare la disponibilità del collaboratore di studio/infermiere, il medico di medicina generale è tenuto alla stipula del contratto (secondo le indicazioni attuali) e al conferimento di quest'ultimo all'ASL. Il contratto può essere gestito anche da uno studio associato ovvero da una società di servizi, anche cooperativa. Si riconferma la possibilità di retribuire direttamente lo studio associato in alternativa ai singoli medici.

3. CARTA REGIONALE DEI SERVIZI – SISS

Entro 60 giorni dalla data di assunzione del provvedimento deliberativo da parte della Giunta Regionale di recepimento del presente accordo, verrà definito l'aggiornamento del contratto SISS ovvero le attività, finalizzate al governo clinico, oggetto di incentivazione a valere indicativamente per l'anno 2007. Le predette attività potrebbero essere oggetto di aggiornamento anche annuale tenuto conto dell'evoluzione in corso del progetto CRS – SISS.

4. DOMICILIARITA'

Le cure a domicilio costituiscono un livello assistenziale da garantire ai cittadini. Il Medico di medicina generale rappresenta il riferimento per l'assistito e all'interno di organizzazioni multiprofessionali (di base con almeno l'infermiere), potrebbe avere gli strumenti per svolgere appieno il ruolo di case manager. Questa funzione, rappresenta un'ulteriore declinazione della centralità, fondata sul rapporto di fiducia, del medico di medicina generale. Il medico di medicina generale nell'interpretare appieno la funzione di case manager è il riferimento per la famiglia, aiutandola nella lettura del bisogno di cure domiciliari ovvero nella definizione degli interventi possibili. Questo significa:

- identificare, per tramite dell'uso degli strumenti di valutazione, le necessità assistenziali del paziente e dare indirizzi rispetto al piano di cura;
- supportare la famiglia nell'identificazione delle soluzioni adeguate per la gestione delle problematiche del paziente, ivi compresa la scelta dell'erogatore;
- sviluppare la responsabilità clinico - assistenziale dei pazienti assistiti, mantenendo uno stretto rapporto con le altre figure professionali interessate al piano di cura, monitorando la situazione proponendo, d'intesa con la famiglia, eventuali variazioni.

Viene definito un fondo pari a €2.194.700,00 da ripartire, di norma proporzionalmente tra le varie Aziende, per la definizione progetti relativamente all'attività di case manager. I predetti progetti, da validare in sede di prima applicazione in sede regionale, dovranno interessare le attività correlate:

- a) alla valutazione e al monitoraggio dei piani di cura del paziente a domicilio attraverso l'utilizzo degli strumenti della valutazione multidimensionale e la relazione con l'erogatore di cure domiciliari;
- b) alla relazione con il collega ospedaliero e alla presa in carico in caso di dimissione protetta;

Per queste attività, fermo restando il ruolo del medico di medicina generale e in relazione all'organizzazione locale, può essere sviluppata la relazione con il Distretto. La progettualità deve prevedere inoltre il raccordo (così come definito nel presente accordo nella parte specifica) con il medico di continuità assistenziale per realizzare la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore. Nella definizione dei progetti è da valutare anche l'opportunità della determinazione di pacchetti complessivi di accessi di APD e ADI.

Le Aziende hanno la facoltà di definire progetti rispetto all'erogazione di pacchetti di prestazioni domiciliari da parte delle aggregazioni multiprofessionali della medicina generale, sentita la struttura tecnica del competente assessorato.

PARTE SECONDA

ASPETTI NORMATIVI

SEZIONE 1 – MEDICINA GENERALE

Con riferimento a quanto previsto dall'art.14 , la presente sezione fornisce indicazioni operative rispetto ai contenuti degli articoli così come rappresentati nell'A.C.N..I contenuti di questi ultimi, qualora non richiamati nel presente documento, si intendono non modificati.

Vengono inoltre recepite le indicazioni fornite sino ad ora alle ASL dal periodo di entrata in vigore dell' A.C.N. .

1. GRADUATORIA REGIONALE DEFINIZIONE DELLA PERCENTUALE DI RISERVA

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, si riserva ai sensi del comma 7 dell'art. 16 dell'A.C.N., fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lettera a), e dell'art. 63, comma 2, lettera a), nell'ambito individuato:

- a) una percentuale pari all' 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.lgs n. 256/1991 e delle norme corrispondenti di cui al D. lgs n. 368/1999 e di cui al D. lgs n. 277/2003;
- b) una percentuale pari al 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente, in corrispondenza alla percentuale di cui alla lettera a) si cui sopra.

In sede di prima applicazione dei contenuti del punto relativo al rapporto ottimale ovvero in caso di ulteriore revisione, la percentuale di cui ai precedenti punti a) e b) viene fissata rispettivamente in 60% e 40%.

2. PARTECIPAZIONE AI COMITATI E COMMISSIONI

Ai sensi dell'art. 21, per la partecipazione alle riunioni dei Comitati ex artt. 23 e 24 dell'A.C.N., compreso il tempo occorrente per il viaggio e fino ad esaurimento degli argomenti all'ordine del giorno, è prevista una indennità omnicomprensiva di € 180,00 corrisposta direttamente al medico membro dei suddetti organismi da parte della Azienda di iscrizione del medico stesso, anche se non operante nell'area delle cure primarie ovvero in trattamento di quiescenza, previa fatturazione.

Per l'attivazione del Comitato Regionale e dei Comitati Aziendali per la Medicina Generale, si applicano i criteri fissati dall'A.C.N. Le OO.SS. interessate sono quelle a norma dell'art. 22 dell'A.C.N. comma 6 e successive indicazioni fornite da SISAC. Si ribadiscono i contenuti del comma 12 dell'art. 22 qualora il requisito di rappresentatività sia conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali.

Nei limiti di quanto previsto dai commi 6, 10 e 11 dell'art. 22, è fatta salva la possibilità da parte della Regione ovvero delle Aziende di effettuare livelli di consultazione, anche nelle sedi di cui agli articoli 23 e 24 con altre rappresentanze dei medici di medicina generale significative dal punto di vista nazionale oltre che regionale.

Per quanto riguarda la quantificazione della composizione dei Comitati da parte delle OO.SS. si definisce che la partecipazione è di:

- tre membri titolari e tre supplenti per ogni OO.SS. all'interno del Comitato Regionale;
- tre membri titolari e tre supplenti per ogni OO.SS. all'interno dei Comitati Aziendali per le ASL oltre i 400.000 abitanti, mentre in quelle sotto i 400.000 abitanti due membri titolari e due supplenti per ogni OO.SS.

Nell'ambito del Comitato Regionale e per l'esercizio dei propri compiti, la Regione si avvale di tecnici delle Aziende sanitarie quali parti integranti facenti parte del suddetto organismo. Ai Comitati è ammessa la presenza di componenti tecnici chiamati dalle OO.SS. ivi rappresentate; a questi ultimi non viene riconosciuto il compenso per la presenza.

3. ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO - PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE

I professionisti che aderiscono allo sciopero devono garantire le prestazioni di cui all'art. 31 comma 3 dell' A.C.N..

I compensi spettanti per le prestazioni effettuate durante la giornata di sciopero corrispondono al 40% degli emolumenti giornalieri percepiti in applicazione delle convenzioni nazionali. Vengono remunerate a tariffa convenzionale le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

A fronte delle remunerazioni concordate i professionisti garantiscono la disponibilità assistenziale, secondo le modalità previste dai vigenti accordi. Le ASL hanno facoltà di effettuare i controlli ritenuti più opportuni.

4. ASSISTENZA AI TURISTI

Il servizio di assistenza medica ai turisti (estiva e invernale) è garantito nelle ASL della Regione dove è presente un rilevante afflusso turistico. A queste ultime è demandato il compito di organizzare il servizio istituendo specifiche postazioni stipulando specifici accordi aziendali.

All'interno di un provvedimento generale da parte della Regione, le parti si impegnano a definire, dopo la data di assunzione del provvedimento deliberativo da parte della Giunta Regionale di recepimento del presente accordo, le indicazioni alle Aziende per l'organizzazione del Servizio.

5. RAPPORTO OTTIMALE

L'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria ha come caratteristiche peculiari la capillare diffusione del servizio e la possibilità di scelta da parte del cittadino. Si reputa altresì importante che il medico di medicina generale sia messo nelle condizioni di acquisire un numero di scelte sufficientemente significative in modo tale da assicurare un investimento forte in questa professione.

È significativamente importante che gli ambiti territoriali di scelta abbiano una consistenza di popolazione tale da essere funzionale alle attività di governo clinico. Pertanto si demanda alle Aziende Sanitarie Locali, d'intesa con i Comitati Aziendali e previa verifica complessiva da parte del Comitato Regionale, la verifica ovvero la eventuale ridefinizione degli ambiti territoriali. Attesa la verifica complessiva di cui sopra, gli ambiti territoriali sono individuati con apposito provvedimento delle Aziende, previo parere del Comitato Aziendale.

Si ritiene che ai sensi del comma 9 dell'art. 33 dell'A.C.N., si debba prevedere che per ciascun ambito territoriale, possa essere iscritto (con particolare riferimento alle zone disagiate da definirsi in sede di Comitato Aziendale) un medico ogni 1300 abitanti residenti o frazione superiore a 600, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 Dicembre dell'anno precedente. In tal senso va applicato l'Allegato B dell'A.C.N.

Sono fatte salve particolari condizioni documentate dalle singole ASL previo parere del Comitato Aziendale ovvero la valutazione, qualora necessaria, da parte del comitato regionale.

Atteso il mutamento dei criteri attualmente in essere, si dà mandato alle ASL di provvedere con la prima rilevazione dell'anno 2007 alla verifica delle potenzialità di inserimento e di comunicarle ai competenti uffici regionali ovvero al Comitato Regionale ai fini delle valutazioni di merito e decisioni conseguenti rispetto alla data di avvio e all'applicazione di quanto al precedente punto 1. Entro 12 mesi dall'avvio delle presenti indicazioni sul rapporto ottimale, il Comitato Regionale è impegnato a valutare la situazione e a prevedere la possibilità di una revisione/conferma nei limiti di quanto previsto dal comma 9 dell'art. 33 dell'A.C.N..

Nel frattempo rimangono in vigore le indicazioni attualmente in essere rispetto al massimale individuale minimo previsto in caso di autolimitazione, che di conseguenza viene mantenuto, in 1000 potenziali scelte. In occasione della verifica di cui sopra, il Comitato Regionale provvederà ad affrontare e prendere decisioni in merito.

Vista la specificità dell'attività del medico di medicina generale quale punto di primo contatto, si condividono i contenuti del comma 12 dell'art. 33 e quindi la necessità che in ogni comune dell'ambito territoriale e frazione superiore a 500 sia garantita un'attività ambulatoriale della medicina generale con un numero di ore complesse atte almeno a garantire l'accesso della fascia anziana. Pertanto in presenza di criticità, le ASL devono attivare, d'intesa con il Comitato Aziendale, tutte le opzioni possibili per perseguire questa indicazione. Eventuali inserimenti straordinari sono valutati dal Comitato Aziendale su proposta della ASL. Qualora il Comitato

Aziendale esprima parere negativo, la richiesta viene valutata in via definitiva dal Comitato Regionale.

6. COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA E INSTAURAZIONE RAPPORTO CONVENZIONALE

Con particolare riferimento ai commi 11 e 12 dell'art. 34, in sede di pubblicazione delle zone carenti, l'ASL può individuare, nell'ambito territoriale, il Comune o la zona di ubicazione dello studio medico, anche se non in modo esclusivo e non vincolato ai criteri di cui all'articolo 36 comma 5.

All'interno dell'ambito territoriale costituito in base ai parametri di cui sopra, il Medico di Medicina Generale, può aprire lo studio medico in qualsiasi Comune o zona dell'ambito territoriale stesso, dandone preventivamente comunicazione all'Azienda.

Nell'ambito territoriale è consentita l'apertura di altro studio professionale. Nel caso di un Comune suddiviso in più ambiti il Medico di Assistenza Primaria può aprire un altro studio appartenente al territorio dello stesso Comune. In entrambi i casi deve sempre mantenere l'apertura del primo studio per assicurare l'accesso almeno alla popolazione anziana. Eventuali deroghe vengono demandate al Comitato Aziendale.

7. REVOCHE D'UFFICIO

Si riconfermano i contenuti del comma 8 dell'art. 42 dell'A.C.N. e nello specifico, nel caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima. Il Comitato Aziendale è chiamato ad attuare i contenuti del predetto comma 8 con particolare riguardo alle modalità di informazione del cittadino e di accettazione da parte del medico, avuto riguardo, per quest'ultimo aspetto, alla garanzia di continuità dell'assistenza. Nel caso di opzione per il mantenimento dell'assistenza da parte del medico originariamente scelto viene garantita alla scelta la continuità temporale.

Nel caso di trasferimento di residenza dell'assistito ad ambito di norma limitrofo di diversa Azienda, è consentito a quest'ultimo mantenere la scelta previa accettazione del medico curante e

parere del Comitato Aziendale di riferimento del Medico. Ai Comitati Aziendali è demandata , l'individuazione dei criteri generali e delle modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini; le predette modalità possono prevedere anche il coinvolgimento di altri Enti (quali a titolo di esempio gli Uffici Anagrafe dei Comuni).

Qualora il cittadino non si presenti allo sportello per la nuova scelta o la conferma della precedente, l'ASL, sulla base degli elenchi dei cittadini emigrati pervenuti dai Comuni, effettuerà la variazione, comunicandola al Medico.

Per il temporaneo trasferimento all'estero, la sospensione coincide con il periodo di permanenza richiesto dal cittadino, scaduto il quale questi viene automaticamente riattribuito al medico titolare dalla data di cessazione del trasferimento, fatta salva la manifestazione di volontà differente da parte dell'assistito.

Per quanto riguarda nello specifico i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, si ritiene che in sede di applicazione di quanto previsto dal comma 6 dell'art. 40 (rinnovo automatico e obbligo alla assistenza nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno) si debba assicurare al medico la possibilità di garantire detta assistenza.

Di conseguenza non si procede alla cancellazione automatica della scelta del cittadino extracomunitario fatta eccezione per i casi di cambio di residenza ovvero di mancato rinnovo del permesso di soggiorno così come comunicato all'ASL dagli Organi Competenti (es. Questura) competente per territorio. In questo caso l'ASL recupererà le quote percepite dal medico a partire dalla data di mancato rinnovo del permesso di soggiorno. Il rinnovo del permesso di soggiorno, indipendentemente dalla data di presentazione dell'assistito comporta la riattribuzione effettiva al medico del paziente, fatta salva differente scelta da parte di quest'ultimo, dalla data di scadenza del permesso di soggiorno precedente.

Le parti si impegnano altresì a definire le modalità di "interfaccia" tra l'anagrafe sanitaria regionale e quella relativa alla gestione dei permessi di soggiorno in modo tale da semplificare la prosecuzione della scelta in caso di rinnovo del permesso di soggiorno.

Relativamente all'applicazione dell'art. 39 commi 11 si ritiene che le predette scelte possono essere attribuite ai medici operanti nell'ambito, avuto cura della verifica di carichi assistenziali ovvero salve eventuali manifestazioni di volontà da parte del medico massimalista da verificare

in sede di Comitato Aziendale. In ogni caso, in relazione ai commi 11 e 12 dell'articolo 39 dell'A.C.N., anche per assicurare un'adeguata organizzazione dell'attività e all'erogazione della cura, si prevede un carico di assistiti extracomunitari o altri assistiti temporaneamente iscritti, non superiore a 1750 scelte. Ulteriori indicazioni, nel caso di medici autolimitati, sono demandate ai Comitati Aziendali.

8. ZONE DISAGIATE O DISAGIATISSIME

Viene demandato alle Aziende, su indicazione generale del Comitato Regionale, il compito di individuare le zone disagiate e disagiatissime, intendendo con tali termini quelle zone in cui risulta particolarmente difficoltoso assicurare la copertura dell'assistenza primaria. Fatte salve le situazioni già in essere, le Aziende sentito il Comitato Aziendale propongono le predette aree dandone comunicazione al Comitato Regionale ai fini di una ricognizione complessiva della situazione ovvero per le determinazioni conseguenti a valere per l'anno 2008. Le Aziende all'interno di un piano – progetto di assistenza distrettuale mirato alle specificità dell'area, possono con proprie risorse, individuare un incentivo economico per i predetti medici.

9. SOSTITUZIONI

Nel merito dei contenuti di cui agli artt. 18 e 37 dell'A.C.N. si ribadisce che non è dovuta dal medico la motivazione della comunicazione di assenza.

In merito alle difficoltà di reperimento dei sostituti, si ritiene che, per garantire la corretta erogazione del servizio, nel caso di sostituzione al di fuori delle forme associative, sia assicurato l'obbligo dell'orario minimo previsto in relazione al carico assistenziale pur con un'articolazione differente. Si ritiene che sia opportuno consentire che l'attività di sostituto possa essere svolta, limitatamente a periodi inferiori ai trenta giorni, anche da medici in trattamento di quiescenza.

SEZIONE 2 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il Servizio di Continuità Assistenziale risponde, nei tempi e nelle modalità di propria pertinenza, alle richieste di salute da parte del cittadino utente assicurando, durante l'orario di servizio, le prestazioni sanitarie non differibili.

L'attività del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) è integrata con quella del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'ambito del sistema delle Cure Primarie ed è sviluppata attraverso la partecipazione alle attività territoriali proprie delle Cure Primarie sulla base degli indirizzi e delle indicazioni regionali e dei conseguenti specifici progetti aziendali.

In questo senso obiettivo comune è quello di perseguire l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei percorsi assistenziali attraverso la definizione di processi organizzativi che determinino l'integrazione e l'impegno del medico di Continuità Assistenziale nella condivisione degli obiettivi assistenziali propri del sistema delle Cure Primarie. Questo significa allargare l'orizzonte integrando la produzione di singole e frammentarie prestazioni da parte dei medici di Continuità Assistenziale con la condivisione di processi assistenziali che contribuiscano alla presa in carico da parte del sistema delle cure primarie dei pazienti 24 ore su 24.

1. - ARTICOLAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio è disciplinato dagli artt. 62 e segg. dell'A.C.N. Si reputa opportuno che le Aziende forniscano agli assistiti un'adeguata informazione sulle attività e sui luoghi di erogazione che utilizzi gli strumenti attualmente disponibili (a titolo di esempio inserimento della voce continuità assistenziale nella home page del sito aziendale, informazione al momento della scelta del medico/pediatra di famiglia ...) anche attraverso una specifica carta dei servizi (con l'indicazione degli orari di attività, della localizzazione delle sedi, delle modalità di attivazione e di accesso al Servizio). Risulta inoltre essere significativo un contatto tra il personale dell'URP e i riferimenti del Servizio di Continuità Assistenziale al fine di conoscere vicendevolmente le problematiche inerenti l'erogazione del Servizio.

Sulla scorta delle risultanze delle sperimentazioni in atto, si ritiene altresì, stante il percorso di qualificazione della medicina generale e di integrazione di quest'ultima con la continuità assistenziale, di estendere la attivazione della continuità assistenziale alle ore otto del sabato in tutte le ASL, fatte salve le progettualità in essere.

Le Aziende sono chiamate a definire con le rappresentanze dei professionisti, le tipologie di offerta (domiciliari e ambulatoriali) atte a garantire l'assolvimento della domanda nella giornata di sabato e l'organizzazione delle attività, ivi compresi i riconoscimenti per i professionisti della continuità assistenziale).

Le parti si riservano di verificare gli impatti sulle prestazioni di secondo livello ovvero assumere successivamente eventuali e ulteriori determinazioni conseguenti.

Nel caso di svolgimento di attività in ore extracontrattuali per esigenze aziendali, avuto cura di verificare l'impatto anche in relazione alla morbilità del periodo, deve essere prevista dall'Azienda una adeguata e tempestiva informazione ai medici del servizio di continuità assistenziale. A questi ultimi viene riconosciuto un trattamento economico aggiuntivo rispetto alla quota oraria, su determinazioni definite a livello aziendale.

Le ore svolte in caso di anticipo dell'attività nella giornata di sabato così come quelle in ore extracontrattuali non contribuiscono a determinare il massimale orario.

Le ore di attività svolte nei giorni e negli orari sotto riportati sono remunerate con la tariffa oraria maggiorata pari a €10,00

1° Gennaio	dalle	0.00	alle	20.00
6 Gennaio	dalle	8.00	alle	20.00
Sabato Santo	dalle	8.00	alle	24.00
Pasqua	dalle	00.00	alle	24.00
Lunedì dell'Angelo	dalle	00.00	alle	20.00
25 Aprile	dalle	8.00	alle	20.00
1° Maggio	dalle	8.00	alle	20.00
2 Giugno	dalle	8.00	alle	20.00
15 Agosto	dalle	8.00	alle	20.00
1 Novembre	dalle	8.00	alle	20.00
8 dicembre	dalle	8.00	alle	20.00
24 Dicembre	dalle	8.00	alle	24.00
25 Dicembre	dalle	00.00	alle	24.00
26 Dicembre	dalle	00.00	alle	20.00
31 Dicembre	dalle	08.00	alle	24.00.

Viene destinata la somma complessiva di € 1.054.410,94 destinata proporzionalmente ad ogni singola Azienda in base al numero di professionisti in servizio al 31 dicembre di ogni anno.

2. SEDI ED ALTRE DISPOSIZIONI

Le Aziende garantiscono l'attuazione del disposto dell'articolo 68 comma 2 e 4 rispetto ai provvedimenti volti a tutelare la sicurezza e l'incolumità dei medici del Servizio. Si determina che le sedi siano dotate, di strumenti atti ad impedire l'accesso non controllato degli utenti.

Le Aziende devono tendenzialmente individuare sedi non isolate ovvero presidiate e verificare la possibilità di garantire l'incolumità personale dei Medici anche durante l'effettuazione delle visite domiciliari in particolare durante le ore notturne. E' demandata al Comitato Aziendale la verifica puntuale delle situazioni in essere e le eventuali soluzioni dovessero necessitare.

Le autovetture messe a disposizione dalle Aziende per effettuare il Servizio devono rispondere a requisiti di efficienza meccanica, sicurezza e piena funzionalità. Inoltre il medico di continuità assistenziale deve essere messo in grado di poter disporre dell'autovettura senza particolari aggravii temporali e organizzativi.

Qualora l'Azienda richieda ai predetti medici di utilizzare le proprie autovetture deve fornire un contrassegno di identificazione del mezzo e deve inoltre assicurare la copertura assicurativa presente per l'utilizzo del "mezzo proprio" da parte dei dipendenti.

L'assicurazione infortunistica di cui all'art. 73. del ACN deve prevedere la copertura di tutte le attività, comprese quelle aggiuntive derivanti dagli accordi regionali e aziendali, nonché gli infortuni in itinere, intendendo per itinere il tragitto più breve che il medico effettua per raggiungere la postazione di servizio.

Le Aziende devono inoltre garantire ai medici del Servizio di Continuità Assistenziale l'adesione ai protocolli di sorveglianza in uso per gli operatori nel caso di punture accidentali.

3. MASSIMALI

Fermo restando quanto previsto dal comma 1 dell'art. 65 dell'ACN, ai sensi del comma 14 del medesimo articolo, l'Azienda per garantire il servizio in presenza di situazioni oggettive rispetto alla dotazione di medici, potrà definire con i medici incaricati un aumento delle ore settimanali oltre il limite previsto dall'A.C.N. (24 ore settimanali). L'adesione del medico di Continuità

Assistenziale è a titolo volontario. Le ore eccedenti non contribuiscono a determinare il massimale orario.

Qualora si verificassero oggettive difficoltà nel garantire la copertura delle attività, l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, può consentire che, in deroga all'art. 65 comma 5 e previa richiesta dell'interessato, i medici in possesso di incarico a tempo indeterminato per la medicina di famiglia possano mantenere anche l'incarico di continuità assistenziale sino al raggiungimento di 900 scelte.

4. ASSISTENZA AI NON RESIDENTI

Per quanto riguarda l'assistenza ai non residenti si rimanda alle indicazioni del provvedimento generale previsto per l'assistenza ai turisti e a quanto indicato al successivo punto 8 rispetto agli assistiti del SSR.

5. RAPPORTO OTTIMALE

Ai sensi dell'art. 64 dell'A.C.N. (rapporto ottimale), si dà mandato alle Aziende di verificare il fabbisogno di Medici di Continuità Assistenziale, sentito il Comitato Aziendale, con le seguenti indicazioni di massima:

- popolazione dell'ASL (per area geografica e composizione per fasce d'età)
- struttura della rete di offerta dei livelli di cura e distribuzione nel territorio aziendale;
- progettualità di settore.

La Regione, d'intesa con il Comitato Regionale, valuterà, entro sei mesi dalla delibera di recepimento del presente Accordo e comunque ai fini della programmazione delle attività per l'anno 2008, le proposte ovvero il bisogno di integrazione identificando livelli di fabbisogno anche differenziati per Azienda.

6. FORMAZIONE

Le ASL sono impegnate a programmare almeno 40 ore di formazione annuale secondo indirizzi regionali e tenuto conto della progettualità aziendale con le indicazioni di cui all'art. 20. Si ritiene che costituisca elemento di significatività la presenza tra i relatori di un medico di CA "in servizio

attivo”. A tal fine verrà implementato l’albo regionale dei Formatori di Medicina Generale con l’inserimento di medici di Continuità Assistenziale che abbiano conseguito tale titolo attraverso specifico percorso formativo.

Le attività didattiche indicate non comportano riduzione del massimale orario individuale.

Atteso il forte aspetto strategico della formazione anche in considerazione delle indicazioni progettuali di qualificazione dei predetti professionisti così come si evincono dal presente accordo, ogni singola Azienda avrà a disposizione una quota di risorse, in relazione al numero dei professionisti in servizio al 31 dicembre di ogni anno, atta a garantire l’assolvimento degli impegni di cui all’art. 20. L’impegno complessivo stimato a livello regionale risulta essere pari a € 1.276.280,00.

7. MEDICI IN CONDIZIONE DI INABILITA’

Al di fuori della fattispecie prevista nell’art. 19, comma 1 - lett. f), a seguito dell’inabilità ex art. 73 – comma 4, accertata dalla commissione di cui all’art. 19, comma 1 – lettera f), il Direttore Generale provvede a verificare la possibilità di adibire ad altre attività inerenti l’incarico ricoperto, il medico inabile allo svolgimento dei compiti indicati nel capo III dell’A.C.N..

8. SVILUPPO E STRUTTURAZIONE DELL’OFFERTA DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

8.1. PROGETTI DI INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Si reputa opportuno sviluppare una progettualità che tenga conto della necessità di maggiore integrazione con il sistema delle cure primarie con particolare riferimento all’assistenza dei pazienti anziani e non in condizioni di fragilità ovvero critici anche temporaneamente.

La progettualità, da definire per gli aspetti organizzativi in sede Aziendale, concerne la presa in carico dei pazienti in condizioni critiche così come segnalati dal medico di medicina generale e/o da parte del Distretto. Il medico di continuità assistenziale deve ritornare al medico curante un referto strutturato dell’intervento. In linea generale gli accordi aziendali devono prevedere le attività, gli indicatori e i riconoscimenti per la partecipazione al progetto, le attività assicurate, le aree di

risultato raggiunte nonchè il compenso per l' eventuale accesso graduato in relazione all'impegno professionale ed organizzativo richiesto al medico di continuità assistenziale. Su specifici progetti aziendali è possibile il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale in attività domiciliari da svolgersi anche in ore feriali diurne ed in accessi domiciliari programmati su richiesta del Medico di famiglia con particolare riguardo ai periodi di festività consecutive. Le ore svolte in attività diurne feriali non contribuiscono al massimale orario.

E' fatto obbligo alle Aziende la definizione della progettualità di cui ai punti precedenti; quest'ultima a valere per l'anno 2007 deve essere definita entro il mese di maggio. Ai fini di garantire uniformità nello sviluppo al Comitato Regionale ovvero alla competente struttura regionale viene demandata, almeno in sede di prima applicazione la valutazione preventiva (attività indicatori e riconoscimenti) della progettualità aziendale.

8.2. ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Al fine di garantire appropriatezza e aumento dell'offerta della rete, le Aziende possono garantire un'attività ambulatoriale strutturata presso sedi di Continuità Assistenziale a libero accesso per gli utenti di norma nei diurni prefestivi e festivi e in orari concordati, per l'erogazione di prestazioni non differibili. La progettualità conseguente (prestazioni erogabili, dotazione strumentale, riconoscimenti ai professionisti) deve essere definita in sede di Comitato Aziendale prevedendo anche indicatori rispetto alla verifica dell'impatto sul sistema di offerta. In ogni caso delle modalità organizzative e della tipologia di prestazioni offerte ne deve essere informata l'utenza.

Per le attività di sviluppo di cui al presente punto 8.1. ivi compresi i progetti derivanti dalla differente copertura nella giornata del sabato, si rende disponibile un fondo regionale annuale pari a € 3.293.000,00.

Il fondo viene ripartito proporzionalmente ad ogni singola Azienda in base al numero di ore garantite annualmente. La quota parte di quanto assegnato ad ogni singola Azienda eventualmente non erogata ai medici di continuità assistenziale, ivi compresa l'eventuale quota non spesa per la formazione, per le attività nelle giornate indicate nella tabella di cui al precedente punto 1 e per la maggiorazione del compenso orario, deve essere ridistribuita fra i professionisti con le seguenti indicazioni di massima e comunque secondo le indicazioni condivise in sede di comitato aziendale:

- ai medici che hanno garantito le attività progettuali dell'anno corrente;
- ai medici che partecipano ad ulteriori progetti/attività aziendali (quali a titolo di esempio implementazione delle attività ambulatoriali, aumento dei professionisti nei periodi di maggiore morbilità).

Le indicazioni che emergono dal presente accordo sul versante di un maggior raccordo con il medico di famiglia ovvero di una maggior presa in carico dei pazienti fragili, configurano una maggiore e sempre più strutturata relazione con i professionisti del Servizio di Continuità Assistenziale ed una prospettiva di maggior qualificazione delle prestazioni non differibili nel loro complesso. Per questo impegno si ritiene che ai professionisti debba essere assicurata una maggiorazione del compenso orario pari a €1,00/ora e quindi con un ulteriore impegno economico di risorse regionali complessivo pari a €1.696.497,56.

All'interno di questo rinnovato accordo tra Aziende Sanitarie e Medici e nello specifico dei livelli di prestazioni non differibili rese da questi ultimi, rientrano anche quelle agli assistiti dal SSR, "in deroga" agli ambiti territoriali di cui all'art. 67, comma 1 ovvero ai non residenti nei periodi eventualmente non normati dal provvedimento regionale di cui al precedente punto 4.

9.ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO - PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE

- 1) Nel campo della continuità assistenziale sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui all'art. 67 dell'ACN limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.
- 2) Sono prestazioni indispensabili per la Continuità Assistenziale:
 - visite domiciliari non differibili;
 - visite domiciliari a pazienti in ADI;
 - le forme di assistenza domiciliare programmata a malati inclusi nei progetti
- 3) Il medico è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità che saranno concordate a livello regionale.

- 4) Le Aziende individuano nell'occasione i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione qualora possibile.
- 5) Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 4, nonché la loro distribuzione territoriale.
- 6) I contingenti minimi devono comunque prevedere di norma un numero non inferiore a 2 medici per l'intero turno e per postazione salvo le sedi che prevedono abitualmente la presenza di 1 solo medico .
- 7) Al medico di Continuità Assistenziale individuato che assicuri le prestazioni lavorando in carenza di organico è riconosciuta una maggiorazione del 50% dell'onorario professionale di cui all'art. 72 e dei compensi dovuti per le prestazioni effettuate .
- 8) Al fine di garantire il diritto di sciopero, le Aziende adottano tutte le misure necessarie alla copertura del turno risultante vacante per l'adesione allo sciopero medesimo del medico o dei medici contingentati per gli effetti del precedente punto 6. A tal fine non può essere utilizzato il medico eventualmente reperibile per quel turno.

SEZIONE 3 – EMERGENZA TERRITORIALE

A seguito del completamento dell'iter per l'istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, verrà definito apposito accordo per la regolamentazione delle attività e relativo trattamento economico dei medici convenzionati addetti all'emergenza territoriale.

Nelle more del predetto accordo che le parti si impegnano a definire nel breve indicativamente entro il 30.06.2007, viene riconosciuto ai Medici operanti nell'emergenza territoriale a titolo di acconto un incremento del compenso orario pari a 1,00 € l'ora per un costo complessivo pari a € 238.525,00.

SEZIONE 4 – MEDICINA DEI SERVIZI

I medici della medicina dei servizi territoriali costituiscono parte qualificante del sistema delle cure primarie, contribuendo allo sviluppo della cultura sanitaria, operando presso le Aziende del Servizio Sanitario Regionale per la realizzazione dei compiti istituzionali.

Gli atti di indirizzo regionali indicano come obiettivo quello di sviluppare una sempre maggiore sinergia fra le aree e i servizi in cui si articola la rete delle cure primarie. Per la declinazione operativa di questi indirizzi si ritiene necessaria una ricognizione del numero, della distribuzione e delle attività attualmente svolte da questa tipologia di professionisti. Quest'ultima verrà effettuata a cura delle strutture regionali competenti entro 30 gg dalla delibera di recepimento del presente accordo; delle risultanze ne verrà informato il comitato regionale.

Le attività dei medici della medicina dei servizi territoriali sono disciplinate dagli artt. 74 e segg. dell'ACN.. Si ritiene peraltro significativo sviluppare la partecipazione di questi professionisti, all'interno della progettualità aziendale. I predetti progetti aziendali definiranno ruoli, compiti impegni ed eventuali retribuzioni accessori in relazione alle attività richieste. Possono essere oggetto di partecipazione dei predetti professionisti (a titolo di esempio) le attività relative alle campagne vaccinali, a quelle di educazione sanitaria anche in ambito scolastico e quelle di rilievo dello stato di salute della popolazione finalizzato all'equilibrio domanda/offerta.

Le Aziende in relazione alla consistenza delle attività svolte e al numero di professionisti possono individuare la necessità di un coordinamento dei predetti professionisti. La predetta individuazione comporta oltre alla definizione attività e del relativo onere orario anche un riconoscimento economico conseguente. Si ritiene che la formazione sia elemento qualificante per il medico della medicina dei servizi territoriali; le Aziende presso cui operano, sono impegnate a programmare un numero di ore annue di formazione in conformità a quanto previsto all'art.20 dell'A.C.N. e con le indicazioni di cui al medesimo articolo. I percorsi formativi dovranno di norma essere mirati all'acquisizione di strategie comuni fra medici del territorio e medici delle strutture ospedaliere finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, all'acquisizione di competenze elettivamente richieste nelle Aziende presso cui opera il medico. Per i medici della medicina dei servizi territoriali valgono le considerazioni previste nel capitolo della continuità assistenziale rispetto alla sorveglianza sanitaria e al trattamento in caso di inabilità.

Si ritiene altresì significativo sviluppare le attività di formazione; a tal fine l'Azienda, nel limite delle disponibilità finanziarie, metterà a disposizione una quota di risorse, in relazione al numero di

professionisti in servizio al 31.12 di ogni anno e determinata indicativamente in 1200 € annui per singolo professionista.

Al Comitato Regionale è demandata l'eventuale definizione di criteri generali di flessibilità e mobilità nell'impiego dei medici della medicina dei servizi territoriali. Per quanto non riportato nel presente articolato, valgono le disposizioni contenute nell'A.C.N.

SEZIONE 5 – NORME FINALI E TRANSITORIE

1. NORMA FINALE N. 1

Si conferma, per la medicina di famiglia la tipologia strutturale di studio medico, anche nel caso della medicina di gruppo e in presenza di personale di studio. Tale tipologia non esclude la possibilità di presenza, all'interno dello studio, di consulenti specialisti operanti in regime libero professionale compatibile, a condizione che tale attività non comporti erogazione di prestazioni connesse a procedure complesse che necessitino di una particolare tipologia organizzativa. Le predette attività non devono essere di ostacolo all'erogazione delle prestazioni previste dall'ACN e i volumi di attività devono essere di entità ridotta rispetto all'attività generale dello studio a prescindere dal numero dei professionisti interessati.

2. NORMA FINALE N. 2

Le strutture sanitarie per le quali, ai sensi del disposto della Legge Regionale n. 8 del 27 marzo 2007, non è prevista l'autorizzazione preventiva all'esercizio, non rientrano nelle previsioni di cui all'art. 36 comma 4 dell'A.C.N.

3. NORMA FINALE N. 3

Entro 30 giorni dal presente accordo il Comitato Regionale, in aggiunta ai compiti relativi al presente accordo 2007/8, definirà i criteri per l'attuazione dell'addestramento al sistema CRS-SISS per i medici di CA del relativo fondo 2006 di euro 1.400.000 comunque da concludersi entro il 30.10.2007 con il pagamento per i medici coinvolti con la remunerazione di dicembre 2007.

4. NORMA FINALE N. 4

I contenuti economici del presente accordo si intendono tutti comprensivi dell'onere ENPAM e a valere dall'01.01.2007.

5. NORMA FINALE N. 5

Le parti concordano sulla opportunità che il Comitato Regionale debba essere convocato con modalità e regolarità stabilite già a partire dal mese di Maggio 2007 al fine di poter svolgere in maniera compiuta tutti i suoi compiti e in particolare quelli connessi all'articolato del presente accordo.

6. NORMA FINALE N. 6

Le parti concordano che il presente documento, pur rientrando nel quadro di riferimento della convenzione nazionale, sia caratterizzato da contenuti particolarmente innovativi, con particolare riferimento al ruolo e alla progettualità ospedale territorio.

Di conseguenza necessita di un costante monitoraggio al fine di un'eventuale possibilità di integrazione e precisazione.

Siglato in Milano il 27.04.2007

Per la Direzione Generale Sanità:

Carlo Lucchina

Filomena Lopedoto

Per le ASL

Luigi Miglio

Per FIMMG

Per FEDERAZIONE MEDICI

Per SUMAI

Per FP CGIL MEDICI
