

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

- n. 1398 del 9/10/2006: **Accordo regionale in attuazione dell’A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale**
- n. 1807 del 18/12/2006: **Approvazione delle intese sottoscritte fra l’Assessore alle Politiche per la salute e le Organizzazioni sindacali rappresentative dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei biologi, chimici e psicologi ambulatoriali interni**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 ottobre 2006, n. 1398

Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- il vigente Accordo collettivo nazionale (di seguito denominato A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale è stato reso esecutivo, in data 23/3/2005 (repertorio n. 272) in conformità alle disposizioni di cui all'art. 2-nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138, mediante intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni ed è entrato in vigore nella medesima data;
- il citato A.C.N., agli artt. 4 e 14, individua i contenuti e gli aspetti specifici demandati alla contrattazione regionale;

preso atto che alla trattativa per la definizione dell'Accordo regionale hanno partecipato, in conformità a quanto previsto dall'art. 22, comma 10, le Organizzazioni sindacali firmatarie dell'A.C.N. e precisamente: FIMMG, Federazione Medici aderente UIL-FPL; Intesa sindacale SIMET-SUMAI-CISL Medici; FP CGIL Medici;

dato atto che l'attività di negoziazione e di confronto fra parte pubblica e parte sindacale ha portato al raggiungimento di intese sui contenuti e gli obiettivi dell'Accordo regionale per la

medicina generale, distintamente per le aree di assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi ed alla elaborazione di testi condivisi e sottoscritti – in data 10 maggio e 12 settembre 2006 – dall'Assessore alle Politiche per la salute e dalle Organizzazioni sindacali sopraindicate;

precisato che i distinti documenti, al fine di facilitare la lettura e per maggior organicità, sono stati coordinati ed articolati in un unico testo denominato "Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" che viene allegato al presente atto quale parte integrante (Allegato A);

vista la propria deliberazione n. 447 del 24 marzo 2003 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

dato atto, ai sensi dell'art. 37 della L.R. 43/01 e della sopracitata deliberazione 447/03, del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

per quanto espresso in premessa ed integralmente richiamato:

a) di recepire l'"Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" sottoscritto dall'Assessore alle Politiche per la salute e dalle Organizzazioni sindacali FIMMG, Federazione Medici aderente UIL-FPL; Intesa sindacale SIMET-SUMAI-CISL Medici; FP CGIL Medici, allegato al presente atto quale parte integrante (Allegato A);

b) di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

(segue allegato fotografato)

Accordo Regionale 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.

Premessa

Il sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna

Il Sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna ha subito profonde trasformazioni negli ultimi dieci anni. Alcuni aspetti fondamentali di tale evoluzione sono riconducibili a:

- evoluzione demografica della popolazione e suo progressivo invecchiamento, particolarmente accentuato in Emilia-Romagna;
- parallelo e conseguente mutare del quadro epidemiologico sempre più caratterizzato da patologie di tipo cronico;
- incessante sviluppo di nuove tecnologie di tipo diagnostico, terapeutico, riabilitativo che concorre ad allungare la speranza di vita accentuando l'effetto precedentemente citato;
- evoluzione delle forme di organizzazione sociale, con particolare riferimento alla famiglia e alle sue crescenti difficoltà a garantire significative forme di sicurezza, assistenza, cura ai propri componenti, data la modifica della sua struttura (anziani soli) e la difficoltà di conciliare tempi e obblighi di lavoro e necessità di cura;
- presenza crescente di cittadini provenienti da nuovi paesi della Comunità e paesi extracomunitari, esprimenti in generale una domanda di integrazione nel tessuto sociale di accoglienza e, in particolare, portatori di una gamma variegata di bisogni assistenziali.

Dall'insieme di tali fenomeni deriva, direttamente o indirettamente, una domanda di servizi pubblici che sempre più spesso presenta le caratteristiche di una "presa in carico globale" e ciò ha segnato, in particolare, la progressiva insufficienza dell'assistenza ospedaliera, come unica risposta a necessità assistenziali. A questo, la programmazione della Regione Emilia-Romagna ha risposto con una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera ed il progressivo adeguamento e contemporaneo spostamento di risorse verso attività territoriali.

I più recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R. n.29/04) e la prima bozza di Piano Sociale e Sanitario muovono coerentemente verso un obiettivo comune: garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni. La legge 29/2004 tende a completare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo di committenza ed integrazione proprio del Distretto. Fra gli Organismi del Distretto, il Piano Sociale e Sanitario punta, in particolare, sul Nucleo delle Cure Primarie (NCP).

I Nuclei di Cure Primarie attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e

responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

In questo contesto i medici di medicina generale assumono un ruolo fondamentale in quanto chiamati, non solo alle funzioni di erogazione delle prestazioni, ma anche di partecipazione a quelle di committenza e quindi alla definizione delle decisioni strategiche delle Aziende sanitarie (art. 6 A.C.N.)

Il nuovo ACN, finalizzando le attività della medicina generale alla gestione globale della salute del cittadino, mette a disposizione diverse opportunità per sviluppare questo disegno organizzativo, anche attraverso un'interpretazione condivisa degli istituti normativi dell'ACN, tra OO.SS. e Parte pubblica, ed un uniforme orientamento applicativo su tutto il territorio regionale. Sarà istituito, a tal fine, un Osservatorio regionale permanente per monitorare l'attuazione dell'accordo regionale e lo sviluppo dei successivi accordi locali, per garantire livelli di attuazione uniformi, a norma dell'art 24 comma 4.

La Regione Emilia-Romagna, nel confermare che gli obiettivi di innovazione nella organizzazione e qualificazione dell'assistenza ai cittadini trovano concreta applicazione nel sistema delle cure primarie, promuove un'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie, nelle configurazioni strutturali e nel sistema di relazioni, valorizzando l'apporto professionale dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e degli altri operatori sanitari.

Peraltro, la L.R. 29/04 prevede la partecipazione al Collegio di direzione anche del personale medico convenzionato, così riconoscendo le responsabilità assunte dai medici nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza (governo clinico) e nella formulazione di proposte per la organizzazione e lo sviluppo dei servizi, delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Lo spazio lasciato dalla nuova convenzione alle norme demandate alla contrattazione regionale (art.14) rappresenta uno degli strumenti per favorire l'assunzione di ruolo, da parte dei medici di medicina generale, nell'ambito delle cure primarie e realizzare pienamente la struttura organizzativa del Distretto e dei Nuclei di Cure Primarie.

L'Accordo regionale per la medicina generale si pone come strumento per il governo della domanda di salute dei cittadini, nell'ambito di una programmazione dei servizi, efficiente e sostenibile, finalizzata a fornire le risposte appropriate e con continuità; individua le aree prioritarie e i principi di intervento, demandando agli accordi aziendali la definizione di ulteriori azioni in relazione alle esigenze locali.

1. Le aree prioritarie di intervento

Le linee di riferimento per il nuovo Piano Sociale e Sanitario regionale pongono come obiettivi centrali la garanzia per i cittadini della continuità delle cure e dell'appropriatezza dell'assistenza, attraverso il nuovo modello organizzativo che prevede:

1. lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) per le esigenze assistenziali, anche urgenti, nell'arco delle 24 ore ed in tutte quelle situazioni in cui non sia appropriato il ricovero ospedaliero;
2. l'individuazione di aree di autonomia e responsabilità, attraverso un percorso che tenga in giusto conto le caratteristiche proprie del Nucleo di Cure Primarie;

3. lo sviluppo degli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento della rete informativa anche con gli studi medici (progetto SOLE);
4. lo sviluppo della formazione e della ricerca;
5. l'integrazione delle attività professionali sanitarie e sociali.

Obiettivo di sviluppo sarà caratterizzare i Nuclei di Cure Primarie con una sede di riferimento, tenuto conto delle caratteristiche del territorio, che favorisca l'integrazione dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta con il servizio infermieristico ed il servizio sociale, a supporto dell'assistenza medica erogata sul territorio, al fine di garantire percorsi condivisi per la continuità assistenziale. Nella stessa sede saranno assicurati l'accesso per l'assistenza sociale, l'assistenza ostetrica e i servizi di base del Dipartimento di Sanità pubblica e del Dipartimento di Salute mentale.

Andranno definite le modalità di integrazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale con i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, il sistema dell'emergenza, al fine di creare maggiore sinergia nell'ambito dell'organizzazione del Nucleo di Cure Primarie in funzione di un sempre più efficace intervento assistenziale in grado di ottimizzare la risposta alle esigenze di salute dei cittadini.

Sempre nell'ambito di percorsi condivisi, i cittadini di quell'area territoriale potranno rivolgersi anche alla sede di riferimento del Nucleo di Cure Primarie, per un problema ambulatoriale urgente e/o per assistenza mirata a determinate patologie. La sede potrà essere individuata, in maniera condivisa, in una sede di medicina associata o in uno degli studi di singoli medici.

I medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta potranno svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura.

La responsabilità del Nucleo di Cure Primarie è affidata ad un Coordinatore, individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici operanti nel Nucleo, il cui profilo funzionale è definito nell'Allegato n. 3.

Attraverso i coordinatori del Nucleo di Cure Primarie potranno trovare riconoscimento e sviluppo le peculiari specificità dell'approccio assistenziale della medicina generale, i cui contenuti formativi ed i relativi modelli operativi, decisionali, relazionali ed ambientali non possono essere mutuati o riprodotti dall'esperienza assistenziale ospedaliera.

Le forme associative dei medici, previste dall'ACN, possono essere considerate funzionali allo sviluppo del Nucleo di Cure Primarie. Si ritiene di promuovere la trasformazione delle forme associative, già attivate, verso forme più idonee allo sviluppo della progettualità dei Nuclei, senza peraltro rinunciare alla capillare presenza del medico di medicina generale sul territorio.

Il pieno sviluppo delle attività previste per i Nuclei di Cure Primarie e la collaborazione professionale tra i medici di medicina generale saranno facilitate anche dalla modifica dell'attuale rapporto ottimale tra medici di assistenza primaria ed abitanti (1/1300). Tale scelta, mediata da elementi di flessibilità sulla base di particolari situazioni locali (o altre situazioni valutabili in sede di Comitato Aziendale), costituisce condizione indispensabile per promuovere la stabilità occupazionale dell'area, con garanzie concrete di lavoro e di guadagno in tempi accettabili per i medici neoinserti, favorendone così il pieno impegno nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie.

A sostegno del predetto modello organizzativo, il progetto SOLE costituisce lo strumento informatico per la realizzazione di una rete integrata finalizzata allo scambio di informazioni, all'interno della quale il medico di medicina generale potrà più compiutamente sviluppare il suo ruolo di riferimento clinico per il trattamento delle patologie più comuni e, in particolare, l'accompagnamento del paziente affetto da patologie croniche.

L'evoluzione tecnologica pone la necessità di adeguati investimenti atti a garantire lo sviluppo dell'informatizzazione dei medici di medicina generale che potrà essere anche occasione per concordare standard e modalità per la tenuta della scheda individuale, per la condivisione di documentazione on-line fra gli studi dello stesso Nucleo di Cure Primarie e con l'Azienda USL, nonché per la realizzazione di progetti specifici di natura epidemiologica e di revisione della qualità.

Il medico di medicina generale, nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario da parte del cittadino e della sua famiglia e di osservatore dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni che è parte fondamentale del processo di cura, in modo integrato e della formazione della committenza.

Sempre al fine di sostenere lo sviluppo evolutivo del Nucleo di Cure Primarie la formazione dei medici di medicina generale è uno degli strumenti attraverso i quali si forniscono competenze finalizzate alla appropriatezza clinica, oltre che al governo complessivo del sistema delle cure primarie, nonché di promozione dell'integrazione del medico di medicina generale con le altre figure coinvolte nell'assistenza.

Il coordinamento funzionale dell'attività sarà reso possibile anche attraverso la partecipazione dei medici di medicina generale alle opportunità culturali e professionali connesse con la pratica professionale in forma coordinata ed integrata.

Il Centro regionale di formazione, già attivato nella Regione Emilia Romagna, dovrà acquisire un ruolo di coordinamento ed indirizzo delle attività di formazione, ricerca e sperimentazione dei medici di medicina generale nelle diverse realtà aziendali e di promozione per la strutturazione delle attività previste dall'ACN, correlate alle attività formative della medicina generale territoriale, con particolare riferimento a quelle di docenza e di tutoring nell'ambito del tirocinio pre e post laurea così come specificato nella parte normativa (art 20).

2. Gli indirizzi organizzativo-aziendali

Il presente Accordo prevede l'inserimento formale dei medici di medicina generale dell'ambito territoriale di riferimento nella organizzazione delle Aziende sanitarie ai livelli aziendale, distrettuale e dipartimentale di cure primarie, con specifiche attribuzioni e competenze di supporto, consulenza e proposizione alle rispettive figure dirigenziali responsabili, in coerenza con quanto previsto, oltre che dalla L.R. 29/04, anche dagli artt. 4 e 5 dell'ACN. Tali attività di supporto saranno affidate al Referente di Distretto e Dipartimento Cure Primarie per la Medicina Generale, il cui profilo funzionale è definito nell'Allegato n. 2.

Il rispetto dei principi dell'appropriatezza sarà reso possibile dalla uniformità, equità e identificabilità delle responsabilità tra tutte le figure professionali coinvolte in ambito

aziendale. Attraverso la strutturazione della continuità assistenziale sul territorio, sarà anche possibile sviluppare con il livello ospedaliero e con altri dipartimenti aziendali un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati.

I vincoli del finanziamento nazionale e l'intesa fra Stato e Regioni impongono considerazioni e temi di grande interesse per tutti i professionisti del SSR, in special modo sul tema dell'appropriatezza prescrittiva. Gli accordi regionali e aziendali possono trasformare tali vincoli in opportunità di salute per il cittadino e di confronto per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti e per tutte le figure professionali che hanno rapporti con il S.S.R, dipendenti, convenzionate ed accreditate. La sicurezza farmacologica del paziente anziano o in politerapia, la valutazione dei rischi legati all'assunzione di farmaci, la raccolta di informazioni su eventi avversi da farmaci, sulle migliori scelte terapeutiche, sull'adesione a corretti stili di vita, sottintendono obiettivi di salute trasversali ai diversi contesti assistenziali che rappresentano opportunità di scambio conoscitivo e formativo.

L'attuazione dei programmi, definiti con i medici di medicina generale all'interno del Dipartimento di cure primarie, deve assicurare appropriatezza dei servizi, delle prestazioni e delle procedure attivate. Il raggiungimento degli obiettivi dovrà essere oggetto di verifica, valutazione ed incentivazione, in analogia al sistema premiante per il raggiungimento degli obiettivi dei medici dipendenti.

E' necessario giungere ad operare nell'ambito di risorse preventivamente quantificate, secondo una metodologia di budget che rende espliciti gli obiettivi, le risorse premianti, le fonti e gli indicatori idonei alla valutazione.

3. Gli obiettivi

I progetti faranno riferimento all'area organizzativa, assistenziale, per l'appropriatezza e il governo clinico. Le priorità riguardano:

1. lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie con la definizione di modalità condivise, per favorire l'integrazione di lavoro con gli altri operatori e la realizzazione della continuità assistenziale territoriale;
2. il rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del Nucleo di Cure Primarie, anche attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti;
3. l'implementazione del progetto SOLE per le comunicazioni e scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda, attivando i flussi informativi necessari a migliorare la qualità del servizio per la realizzazione di progetti di prevenzione;
4. la sperimentazione di progetti con il coinvolgimento di professionisti ed operatori sanitari e sociali;
5. l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti;
6. la garanzia della continuità delle cure ed il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali;
7. progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana;
8. attività di educazione permanente individuale finalizzata a corretti stili di vita.

I medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) componenti i Nuclei di Cure Primarie:

- partecipano alle decisioni generali organizzative del Nucleo, alla realizzazione degli obiettivi ed alla loro valutazione;
- scambiano informazioni con gli altri professionisti, soprattutto finalizzate alla continuità della cura e all'approfondimento delle conoscenze dello stato di salute, nel rispetto delle normative sulla privacy e sul consenso informato;
- gestiscono in modo coordinato, all'interno del Nucleo di Cure Primarie, l'attività urgente riferita all'assistenza domiciliare h 24 e ambulatoriale h 12, anche con adeguate modalità di accesso agli studi medici;
- partecipano ad almeno due incontri annuali per la valutazione dei reports di attività del Nucleo di Cure Primarie;
- partecipano ad incontri di formazione ed aggiornamento, nell'ambito dell'ECM, all'interno del Nucleo di Cure Primarie, finalizzati alla programmazione dei piani assistenziali e valutazione dei risultati;
- utilizzano, senza oneri a carico dei singoli medici, le sedi di riferimento e le eventuali attrezzature aziendali, per lo svolgimento delle attività previste nel presente Accordo;
- predispongono i piani assistenziali per le ADI complesse, con il supporto dei servizi infermieristici e sociali, utilizzano modelli di cartella clinica integrata informatizzata;
- condividono e utilizzano strumenti di lavoro realizzati sulla base delle evidenze di efficacia ed efficienza
- partecipano al funzionamento del progetto Sole.

L'adesione ai Nuclei di Cure Primarie è obbligatoria nella forma organizzativa funzionale, come prevista dall'art. 45, comma 3, secondo e terzo capoverso. L'adesione al Nucleo di Cure Primarie nella forma organizzativa strutturale così come previsto dal presente accordo (capo 5: evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie) sarà graduale, come previsto nelle Norma transitoria n.1, punto c), del presente Accordo, anche mediante progetti sperimentali, e prevede incentivazione di partecipazione, di funzione e di risultato, in quanto forma organizzativa complessa, a norma del 4° capoverso, comma 3, dello stesso art. 45.

L'incentivazione di partecipazione è subordinata all'assunzione di responsabilità da parte del medico, mediante dichiarazione da rilasciare all'Azienda USL. (Allegato n. 1)

4. Il sistema delle risorse

L'ACN ha ristrutturato e semplificato le voci che compongono il trattamento economico, finalizzandolo verso un maggior riconoscimento delle prestazioni e del raggiungimento di obiettivi assistenziali programmati.

Con gli accordi regionali ed aziendali, conseguenti al nuovo ACN, la Regione indirizza le incentivazioni previste per i medici di medicina generale al funzionamento del Nucleo di Cure Primarie, così come definito nel presente Accordo.

5. L'evoluzione dei Nuclei di cure primarie

Nell'ambito del Distretto, i Nuclei di Cure Primarie sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Tale attività si realizzerà come segue:

- attraverso lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo nelle forme di medicina in rete e medicina di gruppo all'interno dei Nuclei di Cure Primarie;
- l'espansione dei supporti informatici;
- l'integrazione con i medici di continuità assistenziale che entreranno a far parte, a tutti gli effetti, dell'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie;
- la possibilità di utilizzo di spazi ambulatoriali messi a disposizione dalle Aziende sanitarie, anche con dotazione strumentale, per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo livello da parte dei medici di medicina generale, collegate a specifici progetti aziendali definiti in Comitato Aziendale (ad esempio ecografia generalista, ecg, holter pressorio ecc.), in coerenza con le procedure del governo clinico, per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, la riduzione delle liste di attesa e della mobilità passiva.

Per il pieno funzionamento delle attività dei medici del Nucleo di Cure Primarie, si ritengono non più vincolanti i tetti percentuali per le forme associative mediche, per il personale di studio ed infermieristico.

I medici aderenti al medesimo Nucleo di Cure Primarie partecipano all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise, indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

L'organizzazione delle figure professionali coinvolte nelle attività dei Nuclei di Cure Primarie trova elementi di facilitazione dallo sviluppo delle forme associative, che hanno consentito e diffuso metodologie di lavoro integrato e di valutazione circa la corrispondenza delle attività svolte con gli obiettivi del Distretto. Ulteriore sviluppo e investimento deve avere a riferimento l'organizzazione dei medici nel Nucleo, assimilabile, come livello minimo, alla medicina in rete e riguardante tutti i medici aderenti al medesimo Nucleo, collegati alla rete informatizzata (Progetto Sole).

Il percorso verso questo obiettivo deve raggiungere prioritariamente i seguenti risultati:

1. riconoscimento di nuove forme associative, con l'obbligo per i medici aderenti di operare nell'ambito territoriale dello stesso Nucleo. Le forme associative già esistenti e che non soddisfino a questo requisito, fatte salve obiettive situazioni ostative condivise in Comitato Aziendale, dovranno essere gradualmente ricondotte al Nucleo, anche attraverso la ridefinizione territoriale dei Nuclei di Cure Primarie.
2. fornitura a tutti i medici del Nucleo degli strumenti informatici e dei relativi supporti ed assistenza soft/hardware, con oneri di utenza a carico della Regione, per garantire il collegamento fra di loro e con la rete dei servizi aziendali.
3. condivisione di modalità per assicurare l'assistenza ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, indipendentemente dalla forma associativa istituita, così da garantire complessivamente da parte del Nucleo di Cure Primarie o, in subordine, delle associazioni, una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio, fatto salvo quanto previsto all'art. 36, per quanto riguarda l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, con un minimo di due ore per fascia. Per garantire l'assistenza ambulatoriale ed eventuali urgenze saranno concordate, in sede di Comitato aziendale, attività diurne dei

medici della Continuità Assistenziale e/o incrementi di orario di apertura dei singoli studi.

Il progressivo collegamento in rete per tutti i medici del medesimo Nucleo di Cure Primarie consentirà l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione per condividere, fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica ed in assistenza domiciliare.

La messa a regime del sistema informatico, per l'effettivo utilizzo di modalità comunicative con altri professionisti e con i servizi aziendali, anche amministrativi, costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo.

Tale standard organizzativo prevede forme di compenso, così come previsto dall'ACN, e forme di compenso specifico dell'accordo regionale, per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello.

I medici aderenti al percorso di evoluzione del Nucleo di Cure Primarie, così come previsto dal presente Accordo, al completamento dello stesso saranno in condizione di:

- partecipare all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite;
- operare per una più ampia integrazione con le altre figure coinvolte nell'assistenza territoriale;
- svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la sede del Nucleo di Cure Primarie;
- collaborare professionalmente con gli altri medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale, nonché con i servizi aziendali, per lo sviluppo dell'appropriatezza, mediante l'utilizzo degli strumenti informatici ed amministrativi della rete aziendale, così come previsto all'Allegato n.8;
- condividere modalità operative, così come definito al sopraindicato punto 3 ;
- utilizzare la rete aziendale per l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare

Lo scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo. Tale standard organizzativo prevede forme di compenso per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello, come evidenziato nell'Allegato n.8.

6. Incentivazioni per la realizzazione dei Nuclei di cure primarie

A fronte della condivisione da parte dei medici di medicina generale degli obiettivi previsti al capitolo 3 (Obiettivi), previa dichiarazione sottoscritta, (Allegato n. 1), il compenso, a fronte degli obiettivi organizzativi sottoelencati, sarà così articolato:

- a) 1 euro/assistito/anno per la disponibilità all'integrazione, che retribuisce l'accettazione della logica interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie come rappresentata nel presente Accordo e la conoscenza informatica come requisito indispensabile di partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione;
- b) 0,30 euro/assistito/anno per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica, sia fra i medici del Nucleo che fra questi e la rete aziendale.

Anche al fine di favorire lo sviluppo del Nucleo di Cure Primarie con la definizione di modalità condivise, per facilitare l'integrazione di lavoro con gli altri operatori e l'integrazione con la Continuità Assistenziale territoriale, i compensi di cui sopra, sono riconosciuti a tutti i medici di assistenza primaria, in un'unica soluzione, successivamente alla delibera di Giunta Regionale di recepimento dell'Accordo regionale, previa dichiarazione di adesione sottoscritta da ciascun professionista (Allegato n. 1)

Le Aziende, al ricevimento delle dichiarazioni di adesione da parte dei medici, danno corso alla liquidazione dell'incentivo a valere per l'anno 2006.

I medici che non dichiarano il possesso del requisito di conoscenza informatica dovranno dichiarare l'impegno alla informatizzazione, al massimo entro i termini previsti dall'ACN, art.59, lett.B, comma 12.

c) Partecipazione operativa al Nucleo di Cure Primarie

c1) una nuova medicina in rete, sviluppata da medici singoli o già associati nella forma semplice, deve rispondere ai requisiti di cui all'art 54, comma 8, dell'ACN, ivi compreso il punto d); in funzione dei risultati di cui ai precedenti punti 1,2,3 del presente Accordo è retribuita con il compenso di 4,70 euro/assistito/anno;

c2) i medici già in rete o in medicina di gruppo che sviluppano, in funzione del progressivo adeguamento con le tipologie organizzative ed erogative previste per il Nucleo di Cure Primarie, ivi compresa la promozione di forme di integrazione con i medici di continuità assistenziale, le caratterizzazioni di cui in precedenza al punto 3, sono compensati con 1 euro/assistito/anno, aggiuntivo rispetto alle tariffe dell'ACN per tali forme associative (eventuali compensi derivanti dall'implementazione di procedure ed obiettivi aggiuntivi saranno materia degli accordi aziendali);

c3) al fine del rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del Nucleo di Cure Primarie, pure attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti, l'ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 gg. /settimana, oltre le sette ore stabilite al punto 3 del presente Accordo, 1 euro/assistito/anno per ogni ora aggiuntiva.

Gli incrementi orari oltre la settimana ora dovranno essere garantiti per tutto l'arco dell'anno con orari costanti e dovranno essere finalizzati al funzionamento delle attività del Nucleo di Cure Primarie.

Il predetto obiettivo si svilupperà con gradualità secondo scaglioni percentuali annui definiti in base alle compatibilità finanziarie, come indicato nell'apposita tabella. (Norma transitoria n.1, lettera c).

I compensi di cui sopra saranno erogati, successivamente all'adozione della delibera regionale di recepimento dell'Accordo regionale, con le seguenti decorrenze :

- Voci a) e b) : dopo la presentazione della dichiarazione di adesione (Allegato n.1), con decorrenza 01.01.2006;
- Voce c1):entro 30 giorni dalla comunicazione all'Azienda, in modo da consentire le opportune verifiche dei requisiti di cui all'art. 54, comma 8, dell' ACN;
- Voce c2) dalla data di comunicazione all'Azienda, da parte della forma associativa, della copertura della 7° ora giornaliera di cui al punto 3.
- Voce c3: dalla comunicazione all'Azienda da parte della forma associativa dell'estensione oltre le 7 ore della accessibilità ambulatoriale, a decorrere da data successiva al 10.05.2006 (data di sottoscrizione della prima parte del presente Accordo), anche nei casi in cui l'estensione dell'orario oltre le 7 ore sia stata adottata e comunicata precedentemente a tale data.

Il raggiungimento degli obiettivi, cui corrispondono i compensi sopra indicati, è sottoposto a verifica secondo criteri , tempi e modalità da stabilire a livello di accordi aziendali. Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporterà, previa verifica in Comitato Aziendale, la sospensione dei rispettivi compensi previsti ai punti a) b) c), fatta eccezione per le situazioni non dipendenti da responsabilità dei medici.

Il compenso di cui all'art.59,lettera B, comma 15 dell'ACN, che continuerà ad essere erogato nella misura e secondo le scadenze previste dall'ACN,corrisponde a:

- 20% per l'adesione al progetto diabete, al fine di favorire i progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana;
- 40 % per l'attività di educazione permanente individuale finalizzata a corretti stili di vita;
- 40% per l'impegno nella corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni (delibera regionale n. 2142/2000), finalizzato anche al governo clinico, inteso come adesione ai programmi relativi all'appropriatezza di accesso alle prestazioni ed alle cure, concordati a livello locale a norma dell'art. 27 dell'ACN.

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita, per il mancato raggiungimento degli obiettivi sopra indicati da parte di alcuni, sarà distribuita fra i medici che avranno raggiunto quegli stessi obiettivi, secondo le modalità concordate in sede di accordi aziendali.

A quadro organizzativo concordemente ritenuto completato dipendente dai tempi tecnici delle Regione e delle Aziende, i medici di medicina generale svolgeranno la propria attività convenzionata esclusivamente all'interno dei Nuclei di Cure Primarie come definiti dal presente Accordo.

Le parti condividono la facoltà, da parte dei medici, di implementazione delle medicine di gruppo. Si intendono progressivamente riassorbite nell'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie le forme di associazionismo semplice.

PRINCIPI GENERALI

Art.15 - Graduatoria regionale

Comma 1 - A livello regionale sono predisposte graduatorie di settore, una per ciascuna delle attività di cui all'art.13, a valere dal 2007(con riferimento alle domande presentate entro il 31 gennaio 2006).Le graduatorie restano valide per tutto l'anno di riferimento e comunque fino al completamento delle procedure di assegnazione delle zone carenti ed incarichi vacanti precedentemente pubblicati.

La domanda per l'inserimento nelle graduatorie regionali di settore è valida fino a revoca da parte del medico o d'ufficio nel seguente caso: la mancata integrazione titoli per almeno due anni consecutivi comporta una richiesta al medico di conferma o meno alla permanenza nelle graduatorie. In caso di comunicazione di non interesse, di assenza di risposta o di irreperibilità del medico, il nominativo è cancellato dalle graduatorie valevoli per l'anno successivo.

Comma 12 - Le Aziende USL, successivamente alla pubblicazione delle graduatorie regionali di settore, predispongono specifiche graduatorie di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione, con priorità per i medici iscritti nella graduatoria regionale residenti nel territorio dell'Azienda (a seguire i medici residenti nelle Aziende limitrofe e nelle altre Regioni); in caso di carenza di medici disponibili per detti incarichi sono predisposti separati elenchi secondo quanto previsto dalle norme finali n.5 e norme transitorie n.4 e 7 dell'ACN.

In caso di mancato esito delle procedure sopra indicate, per incarichi provvisori di assistenza primaria, è possibile il conferimento ad un medico già inserito nell'ambito territoriale limitrofo con numero di scelte inferiore a 650, purché il numero complessivo degli assistiti in carico e di quelli acquisibili non superi 1.500

Art.16 - Titoli per la formazione delle graduatorie

Comma 7 - Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e continuità assistenziale, a decorrere dal 2006, la percentuale di riserva in favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale è pari al 70%, in favore dei medici con titolo equipollente è pari al 30%.

Art.18 - Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionata

Comma 2, lettera f)- Eventuali richieste di sospensione dall'attività di medicina generale per partecipazione a corsi di formazione, oltre il limite di 60 giorni nell'anno, sono valutate in sede di Comitato Aziendale.

Comma 3 - Il periodo massimo di sospensione parziale dall'attività è ridotto da 3 anni a 18 mesi nell'arco di 5 anni. Per i periodi di sospensione del rapporto convenzionale, iniziati prima dell'entrata in vigore del vigente ACN, si applicano i limiti temporali indicati all'art.5, comma 3, del DPR 270/00.

Comma 4 - Il medico comunica all'Azienda la sospensione dell'attività per gravidanza e puerperio per il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti (5 mesi). Qualora intendesse rientrare anticipatamente dopo il parto, dovrà rilasciare all'Azienda USL una dichiarazione di "assunzione di responsabilità".

Il medico può usufruire del congedo di maternità (tre mesi) per adozione o affidamento di un bambino di età non superiore ai 6 anni.

Comma 13 - In caso di più rapporti convenzionali, la sospensione dall'attività, per i motivi di cui al comma 2, ha effetti su tutti i rapporti di lavoro e per tutte le sedi di attività del medico, per motivi disciplinari ha efficacia solo per il rapporto di convenzione oggetto della sanzione.

Art. 20 Formazione continua

Si concorda di dare ulteriore impulso alla formazione professionale in medicina generale in coerenza con i principi sanciti nel presente articolo attraverso le seguenti azioni:

- 1) Riconoscere, anche in accordo con l'Università per le parti di rispettiva competenza, attività formative del medico di medicina generale nelle seguenti aree:
 - a) formazione medica pre-laurea
 - b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
 - c) formazione specifica in Medicina generale
 - d) aggiornamento ed audit
 - e) ricerca clinico epidemiologica e sperimentazione
- 2) Proseguire nell'esperienza già avviata del Centro di Formazione regionale, per il conseguimento degli obiettivi fissati al comma 4 del presente articolo, nonché quelli connessi con la realizzazione applicativa del processo di evoluzione del Nucleo di Cure Primarie di cui al punto 5 "L'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie" del presente Accordo, condividendo la scelta che il coordinamento tecnico organizzativo dello stesso sia affidato ad un medico di medicina generale.

L'impegno dei medici di medicina generale coinvolti nelle attività didattico formative di cui al presente articolo è retribuito secondo le tariffe fissate nella tabella allegata al presente Accordo (Allegato n° 5). Gli importi per le attività di cui ai precedenti punti a) e b) costituiranno la base di riferimento per le relative intese tra Regione e Università.

Art. 21 Diritti sindacali

Comma 1 - Per la partecipazione ai Comitati e Commissioni previste dagli Accordi nazionale, regionale ed aziendali è rimborsata ai medici convenzionati, che presentano attestato di partecipazione alle sedute, una quota oraria pari a € 60/ora, da erogarsi nel mese successivo a quello di svolgimento degli incontri.

La partecipazione è definita nel modo seguente:

a livello regionale(a decorrere dall'1.1.2007):

4 ore forfettarie per i medici residenti nel territorio provinciale di Bologna

5 ore forfettarie per i medici residenti in altri Comuni della Regione

a livello locale: (a decorrere dall'1.1.2006)

2,5 ore forfettarie complessive per ciascuna riunione, fatte salve speciali esigenze locali.

Per la partecipazione alle riunioni del Comitato Regionale e Comitati Aziendali sono riconosciute quote di rimborso direttamente proporzionali alla consistenza associativa delle organizzazioni sindacali: per il Comitato Regionale non superiore alle 8 unità (cfr. Del.GR n.962 del 10.07.2006), per i Comitati Aziendali non superiore alle 6 unità.

Comma 6 - Il pagamento del compenso per gli oneri di sostituzione di cui al comma 5, è corrisposto direttamente ai medici, indicati dalle segreterie delle organizzazioni sindacali, con cadenza mensile, fatti salvi diversi accordi con i singoli medici, entro il mese successivo alla presentazione della notula.

Art.29 – Funzioni della medicina generale

Comma 6 - Le Aziende possono avviare, in via sperimentale ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, progetti finalizzati all'assistenza di soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario.

Art. 31 - Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

I medici che aderiscono allo sciopero si astengono dall'attività ambulatoriale ma devono assicurare l'effettuazione delle prestazioni indispensabili senza richiesta di pagamento delle prestazioni da parte degli assistiti. Si concorda di effettuare una trattenuta pari al 60% del compenso forfetario annuo di euro 38,62.

Gli accessi domiciliari per pazienti in ADI sono retribuiti previa presentazione di notula.

I medici non iscritti ad alcun sindacato, in caso di non partecipazione allo sciopero, devono darne comunicazione all'Azienda USL entro i termini e secondo le modalità di cui al comma 6, con (comunicazione scritta entro 24 ore precedenti la giornata di sciopero. La mancata o tardiva comunicazione comporta la trattenuta economica sopraindicata.

Su richiesta delle OO.SS, le Aziende USL certificheranno il numero dei medici aderenti allo sciopero ed il numero di comunicazioni scritte di non adesione.

Art. 32 – Assistenza ai turisti

Il servizio di assistenza sanitaria è attivato dalle Aziende USL, nelle località di notevole afflusso turistico dalle stesse individuate. L'organizzazione è demandata alla trattativa locale con le OO.SS. firmatarie, stante la diversificazione delle esigenze assistenziali e delle modalità di erogazione nella singole realtà, ferma restando la priorità riservata ai medici di medicina generale.

In caso di carente disponibilità di medici convenzionati, le Aziende USL potranno avvalersi dei medici che presentano domanda per il conferimento di incarico a seguito di avviso pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione. Le visite sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe:

- visita ambulatoriale: 15,00 euro
- visita domiciliare: 25,00 euro.

La trascrizione di ricetta è atto medico ricompreso nelle prestazioni di cui sopra. Dette cifre comprendono le visite, le certificazioni di legge e le eventuali prestazioni aggiuntive ivi compresi i piccoli interventi di pronto soccorso. Ai medici, incaricati in base alla graduatoria formulata a seguito delle domande presentate per l'avviso pubblicato sul BUR, è riconosciuto un compenso forfetario onnicomprensivo di euro 10,00 per ogni ora di attività prestata. Su tale compenso si applica l'aliquota ENPAM nella misura del 9,375% a carico dell'Azienda e del 5,625% a carico del medico.

Nelle fasce orarie nelle quali non è attivo il servizio di assistenza turistica, le prestazioni erogate ai turisti da parte dei medici del Servizio di continuità assistenziale, sono regolamentate da quanto previsto nell'accordo per la Continuità Assistenziale al punto ("Utilizzazione del Servizio di Continuità assistenziale").

ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 33- Rapporto ottimale

Il comma 5 indica il riferimento numerico di popolazione residente per la definizione degli ambiti territoriali di assistenza primaria, ai fini del calcolo delle zone carenti, per l'inserimento di medici convenzionati e per l'acquisizione delle scelte. In caso di non rispondenza delle attuali articolazioni territoriali al minimo di residenti previsto, le Aziende USL verificano le condizioni e le possibilità di adeguamento ai criteri indicati, fatte salve particolari situazioni, e rideterminano i nuovi ambiti, previo parere del Comitato Aziendale.

La scelta del medico di assistenza primaria è effettuata tra i medici iscritti nell'ambito così definito, fatta salva la facoltà per le ASL di mantenere o determinare diversi criteri per ampliare le possibilità di scelta ai cittadini.

Il rapporto medico di assistenza primaria/popolazione residente, è così determinato:

- iscrizione di un medico ogni 1.300 residenti, o frazione di 1.300 superiore a 650, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, con possibilità per le Aziende - sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato Aziendale - di determinare una diminuzione del rapporto numerico in particolari ambiti territoriali (zone disagiate, a popolazione sparsa, con peculiari caratteristiche del territorio), o in altre particolari situazioni locali.

Per la definizione degli ambiti da considerarsi carenti, ciascuna ASL - sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato Aziendale - verifica l'effettiva capacità ricettiva, avuto riguardo al numero medio di assistiti in carico ai medici dell'ambito, al numero di medici di recente inserimento o di prossima cessazione dall'attività, al numero complessivo di scelte effettivamente in carico ai medici ed al rapporto popolazione residente/assistiti.

In ogni caso, il rapporto ottimale non può essere inferiore a 1/1.000 e la frazione che determina la zona carente deve essere superiore a 500.

Art.34 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria

La graduatoria di settore sarà utilizzata per il conferimento degli incarichi vacanti pubblicati dal 2007. I medici titolari di incarico di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento; i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore che abbiano conseguito la titolarità in data successiva alla presentazione della domanda di inclusione in graduatoria non possono partecipare all'assegnazione degli incarichi per graduatoria.

Comma 12 - In caso di ambiti territoriali comprendenti più Comuni, prima di procedere alla pubblicazione di zone carenti, l'Azienda informa i medici già inseriti nello stesso ambito, sulla possibilità di trasferire lo studio medico in altro Comune (del medesimo ambito) con procedure di "mobilità interna". Se pervengono più richieste di trasferimento " interno", le Aziende valutano le istanze dei medici secondo l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, con priorità per quelli operanti nelle zone con vincolo di apertura dello studio da almeno 3 anni. Tale procedura, da concludere prima della pubblicazione delle zone carenti, consente all'ASL di pubblicare, se necessario, la zona resasi disponibile.

Procedure di assegnazione delle zone carenti

I medici interessati possono inoltrare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione degli ambiti territoriali carenti.

2a) per trasferimento

Possono partecipare i medici titolari di incarico di assistenza primaria in una Azienda USL della Regione o di altra Regione che, al momento del conferimento del nuovo incarico non svolgano altra attività nell'ambito del S.S.N., fatta eccezione per la continuità assistenziale. Tale condizione deve risultare al momento dell'assegnazione dell'incarico (in caso contrario il medico che accetta deve provvedere a rimuovere le condizioni ostative entro 7 giorni), e costituisce il presupposto per la prosecuzione della procedura di trasferimento. La data cui fare riferimento per il calcolo dell'anzianità è quella riportata in calce nella sottoscrizione della domanda.

2b) per graduatoria

I medici già convenzionati per l'assistenza primaria possono partecipare per graduatoria all'assegnazione delle zone carenti pubblicate entro il 2006; dal 2007 possono partecipare solo per trasferimento.

I medici che, negli ultimi due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale, sono stati convenzionati in altro ambito territoriale e non hanno cambiato la residenza, non possono avvalersi del punteggio aggiuntivo di 5 punti in occasione di loro partecipazione alla copertura di zone carenti riguardanti il Comune in cui abbiano conservato la residenza anagrafica.

In entrambi i casi

Le Aziende USL, (o il soggetto individuato dalla Regione) procedono a convocare, contemporaneamente o in maniera programmata, un numero di medici pari o superiore al numero di posti disponibili. In caso di impedimento a partecipare nella data ed ora fissati, il medico può comunicare la propria accettazione mediante telegramma o fax che dovrà pervenire all'Azienda almeno 5 giorni antecedenti la data di convocazione.

Il medico già convenzionato che accetta l'incarico è cancellato dall'elenco di provenienza e pertanto non può acquisire ulteriori scelte, pur mantenendo il rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza fino al conferimento definitivo da parte dell'Azienda di destinazione. In caso di rinuncia o decadenza dall'incarico, non è possibile ripristinare il precedente rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza.

Le condizioni ed i requisiti previsti devono permanere fino all'assegnazione degli incarichi. Il medico già convenzionato non può partecipare all'assegnazione di zona carente all'interno del medesimo ambito territoriale ove è iscritto, in quanto già compreso nel numero dei medici presi in considerazione per il calcolo del rapporto ottimale.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità è rinviato al momento dell'accettazione dell'incarico. Eventuali situazioni di incompatibilità dovranno comunque cessare all'atto del definitivo conferimento dell'incarico.

Art.35 - Instaurazione del rapporto convenzionale

Comma 3 - In analogia con i medici neo inseriti, il medico di assistenza primaria già convenzionato può mantenere o trasferire la residenza in altro Comune, purché elegga o mantenga il domicilio nell'ambito di iscrizione, con obbligo di comunicazione all'Azienda.

Comma 11 - Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in ambulatorio e/o con personale, strumentazione, utenze, servizi... forniti dall'Azienda, sono definite in sede di Comitato Aziendale modalità e importi della compensazione da parte del medico, con trattenuta mensile sull'importo netto indicato nel cedolino. Con apposita intesa sottoscritta dalle parti interessate sono definiti tempi e modalità d'uso dell'ambulatorio.

In caso di esigenze assistenziali in particolari località o per incentivare l'insediamento di medici nelle zone riconosciute disagiate, l'Azienda può mettere a disposizione l'ambulatorio pubblico a costo ridotto o eventualmente anche a titolo gratuito.

Art.36 - Requisiti e apertura degli studi medici

Lo studio del medico di assistenza primaria è uno studio professionale privato destinato allo svolgimento di pubblico servizio e deve rispondere unicamente ai requisiti ed alle condizioni previste dalla Convenzione.

Comma 9 - L'orario di apertura dello studio medico è articolato, convenzionalmente, all'interno della fascia oraria 8-20, con inizio della fascia pomeridiana alle ore 13 . Al di fuori dell'orario di apertura dello studio il medico è contattabile tramite telefono dotato di segreteria telefonica con ricezione dei messaggi.

Il giorno precedente la festività del patrono non è da considerare prefestivo e pertanto non si applicano le disposizioni previste dall'art.47, comma 7.

Art.37 – Sostituzioni

Comma 2 - In via ordinaria la sostituzione tra medici avviene secondo il rapporto: 1 titolare/1 sostituto. In caso di difficoltà a reperire sostituti, o in particolari periodi dell'anno, è possibile la sostituzione di due medici titolari con un medico sostituto, per un periodo non superiore a 30 giorni e per un numero massimo di assistiti pari a 3.000 unità, fatta salva la possibilità di diversi accordi aziendali.

Il medico sostituto deve assolvere tutti i compiti e gli obblighi previsti per il titolare.

Le eventuali conseguenti modifiche dell'orario di apertura degli studi medici o l'accorpamento degli stessi, in caso di vicinanza, devono essere opportunamente segnalati agli utenti ed all'Azienda, al fine di non creare disservizi.

Comma 12 - Il medico sostituito deve informare i propri assistiti relativamente alla durata della sostituzione, al nominativo del sostituto, all'eventuale variazione di orario dello studio. Per i medici in gruppo la comunicazione deve avvenire solo in caso di sostituzione da parte di un medico estraneo al gruppo.

Comma 13 - In caso di sostituzione continuativa le Aziende dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico sostituto (nella misura e secondo i criteri di cui all'allegato C) anche se privo dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale.

Art.38 - Incarichi provvisori

Comma 2 - In casi particolari ed a fini di continuità assistenziale, l'incarico provvisorio potrà essere prorogato, di ulteriori sei mesi - su valutazione dell'Azienda, d'intesa con il Comitato aziendale - in attesa del completamento delle procedure di conferimento dell'incarico di titolarità,

comma 7 - L'Azienda, con comunicazione diretta, informa i cittadini della necessità di procedere ad una nuova scelta del medico in caso di imprevista interruzione dell'attività del medico titolare.

Art.39 - Massimale di scelte e sue limitazioni

Comma 2 - I medici che avevano quota individuale pari a 1.800 scelte devono rientrare gradualmente nel massimale di 1.500 scelte, mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte e non hanno più diritto alla quota annuale di cui all'art.45, lettera D, del DPR 270/2000 per le revoche intervenute successivamente al mese di ottobre 2004.

Agli stessi medici sono riconosciute le quote per revoche avvenute entro ottobre 2004, con saldo definitivo nel mese di gennaio 2007. Si conferma, parimenti, quanto previsto nei precedenti accordi regionali relativamente all'acquisizione di nuove scelte per ricongiunzione e per anziani non autosufficienti stabilmente ospitati in strutture protette.

Comma 4- L'esercizio di attività libero professionale strutturata, eccedente le 5 ore settimanali, non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore a 1300; è consentito, pertanto, lo svolgimento di tale attività per un massimo di 11 ore settimanali.

In caso di attribuzione al medico degli incarichi di cui all'art.18, comma 2 lett.b), fermo restando che l'incarico non determina riduzione del massimale, il medico è impegnato a garantire l'attività assistenziale e ad assicurare il rispetto dell'orario convenzionale, anche con sostituzioni.

Comma 6- I medici possono autolimitare il proprio massimale con numero di scelte non inferiore a 1.300.

Comma 7 - Le Aziende provvedono a comunicare ai medici che alla data di entrata in vigore dell'ACN avevano riduzione del massimale o autolimitazione inferiori a 1.300 scelte (commi 4 e 6), che il loro massimale sarà adeguato d'ufficio al nuovo limite, entro 60 giorni dalla data di comunicazione.

Comma 9 - per i medici penitenziari trova applicazione la disposizione di cui all'art.2, comma 3 della legge 9.10.70 n.740, così come integrata dalla legge 12.8.1993, n.296, che così dispone: "A tutti i medici che svolgono, a qualsiasi titolo, attività nell'ambito degli istituti penitenziari non sono applicabili altresì le incompatibilità e le limitazioni previste dai contratti e dalle convenzioni con il SSN.

Art.40 - Scelta del medico

Comma 3 - Le Aziende USL, ad integrazione della Carta dei Servizi, al fine di consentire al cittadino di poter esercitare la scelta di medico in modo consapevole ed informato, promuovono iniziative volte ad informare gli utenti sulle caratteristiche e le modalità dell'attività professionale dei medici iscritti negli elenchi di scelta, mediante l'adozione di una scheda informativa riportante, almeno, i seguenti dati:

- ubicazione, orario, modalità di accesso, numero telefonico dello studio (numero di cellulare se espressamente messo a disposizione dal medico);
- adesione a forme associative e relative modalità organizzative;
- dotazione di personale di segreteria, infermieristico, dotazione informatica

Comma 4 - All'atto del rilascio del documento di iscrizione al SSR il cittadino sceglie il medico per sé e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi (con delega se maggiorenne); qualora non intendesse effettuare la scelta, l'ASL è tenuta a consegnare al cittadino, unitamente al documento di iscrizione al SSR, una nota di avvertenze che riporti quanto previsto dall'art. 50 comma 8.

Commi 5-6 - la scelta a tempo determinato dei cittadini extracomunitari è automaticamente rinnovata alla scadenza del permesso di soggiorno, anche nelle more del rinnovo, purché il cittadino comunichi l'avvenuto inizio dell'iter procedurale per il rinnovo.

E' necessario che le Aziende USL verifichino sistematicamente le date di scadenza dei permessi di soggiorno ed avvertano, se possibile, i diretti interessati, prima della data di scadenza, sugli adempimenti connessi al rinnovo della scelta.

In assenza di qualsiasi comunicazione da parte del cittadino, la scelta è comunque mantenuta in carico al medico per tre mesi, trascorsi i quali, se il cittadino non ha provveduto a comunicare l'avvenuta regolarizzazione, si procede al recupero delle somme relative a due mensilità, per compensare eventuali prestazioni erogate dal medico nel periodo successivo alla scadenza del permesso di soggiorno.

Il numero di scelte in carico a ciascun medico, comprese quelle che non concorrono alla determinazione del massimale individuale (art.39, comma 12 e art.40, commi 5 e 12), non può essere superiore a 1.800 . Nulla è dovuto per gli assistiti oltre tale numero.

In caso di autolimitazione o riduzione del massimale il numero massimo di scelte non può essere superiore alla quota individuale maggiorata del 5%.

E' necessaria l'attivazione, a livello aziendale, di una procedura di gestione di liste separate delle scelte ed un attento monitoraggio(semestrale/annuale) di quelle che non concorrono al massimale per una verifica, in sede di Comitato aziendale, degli aspetti qualitativi e quantitativi finalizzata a definire, eventualmente, una regolamentazione.

Commi 10,11 - Il trasferimento di un assistito in un Comune della stessa Azienda, non determina, in automatico, la cancellazione; l'assistito rimane iscritto nell'elenco del MMG di provenienza fino ad eventuale nuova scelta in favore di altro medico. Se intende mantenere il medico di provenienza, non è necessaria l'accettazione formalizzata da parte di quest'ultimo.

In caso di trasferimento in Comune limitrofo di altra Azienda l'assistito è cancellato dall'elenco del medico di provenienza. Se intende mantenere lo stesso medico, per motivi di continuità assistenziale o per particolari situazioni, è necessaria la formale accettazione da parte del medico e la scelta è riattribuita con decorrenza ex tunc.

Il cittadino che trasferisce la residenza in altro Comune deve essere informato, all'atto della richiesta di variazione della residenza presso gli uffici Anagrafe, sulle modalità per effettuare la variazione di scelta del medico ovvero per mantenere l'iscrizione presso il medico di provenienza. A tal fine si rende necessaria la predisposizione, da parte delle Aziende USL, di una nota informativa da consegnare all'ufficio Anagrafe dei Comuni, che provvederanno a rilasciarne copia ai cittadini all'atto della presentazione della domanda di residenza.

La puntuale applicazione dei predetti adempimenti sarà oggetto di monitoraggio in sede di Comitato Aziendale.

Art.41 - Revoca e riconsiliazione della scelta

Comma 2 - per particolari situazioni, sono concordate a livello aziendale le modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra medico revocato e medico scelto.

Art.42 - Revoche d'ufficio

Comma 1- La riattribuzione automatica al medico delle scelte di cittadini temporaneamente sospesi dagli elenchi è effettuata alla scadenza del periodo di sospensione, salvo esplicita richiesta di proroga formulata dal cittadino.

Comma 5- le Aziende devono assicurare l'allineamento delle anagrafi degli assistiti dai medici di medicina generale con le anagrafi comunali, con cadenza almeno annuale. Si concorda che, fino alla completa messa a regime del sistema informativo sanitario, le Aziende applichino gli effetti economici delle revoche per decesso e/o dell'attribuzione di scelte decorrenza non superiore ad un anno.

Comma 14- Fermo restando l'obbligo di puntuale osservanza da parte dell'azienda, delle procedure di cui ai commi 11 e 12 del presente articolo, il recupero delle somme dovute avviene d'ufficio, in unica soluzione, o in rate mensili di importo comunque non superiore al 20% dei compensi mensili di cui all'art.59, lettera A, fatte salve diverse intese fra le parti.

Art. 45 – Compiti del medico

Comma 2, lettera g) - Per le certificazioni sportive di cui all'accordo regionale recepito con deliberazione n.1632/2004, applicativa della delibera di G.R. n. 775/2004" non è più in vigore il limite del 25% degli assistiti in carico (6-17 anni).

Art.53 – Assistenza domiciliare programmata

Il crescente invecchiamento della popolazione e, in particolare, l'aumento della necessità di ricevere "cure" in senso globale, hanno fortemente differenziato il bisogno di assistenza legato alle varie forme e livelli di non autosufficienza. L'esigenza per meglio intercettare le caratteristiche di questa domanda di servizi ed organizzare risposte sanitarie e sociali più appropriate ed efficaci, rappresenta un momento di evoluzione verso una più adeguata disciplina dell'organizzazione dei servizi sia per l'assistenza a domicilio sia nelle attuali strutture di tipo socio-sanitario e di tipo socio-assistenziale.

Le attività di assistenza domiciliare di cui al presente articolo sono disciplinate dal Protocollo (Allegato n.7) che include anche le modifiche degli Allegati G) e H) dell'ACN, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo:

Assistenza domiciliare agli ospiti in Residenze protette e collettività (art.53, comma 1 c)

Si ritiene di mantenere l'accordo regionale già in vigore, per l'espletamento delle funzioni e delle attività mediche di diagnosi e cura di cui all'allegato 1 della delibera di G.R. n.1378/99, nelle more di una modificata programmazione regionale.

Al testo dell'Accordo regionale già in vigore (di cui alla DGR 3085/2001) vengono apportate le variazioni di cui all'Allegato n. 6 del presente Accordo.

Art. 54 - Forme associative dell'assistenza primaria

I principi organizzativi ed operativi condivisi nel precedente Accordo regionale ex DPR 270/00, art. 40, sono stati ulteriormente sviluppati attraverso il riconoscimento delle forme associative (medicine in rete e medicina di gruppo), come strumento prioritario per il conseguimento dell'obiettivo di integrazione multiprofessionale, su cui si basa il modello assistenziale di Nucleo di Cure Primarie, così come definito dal presente Accordo.

Si riconferma che le medicine in rete dovranno altresì adeguare i loro sistemi informatici a quanto previsto al comma 8) anche alla luce delle recenti normative relative al trattamento dei dati. Con riferimento a quanto indicato al paragrafo 5 "L'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie", punto 2, i medici in rete potranno utilizzare a proprie spese, anche un sistema di collegamento diverso purchè soddisfi gli obiettivi di interscambio di informazioni cliniche e tutela della privacy.

Fermo restando quanto sopra si riconoscono le forme associative di cui al comma 3 secondo capoverso (società di servizio, anche cooperativa), purchè non in contrasto con le caratteristiche organizzative del Nucleo di Cure Primarie.

Per dette forme associative si rileva quanto segue:

- 1) La società di servizio, anche cooperativa è una società che può fornire beni e servizi ai medici che operano in forma singola e/o associata con oneri a proprio carico;
- 2) Nel caso in cui l'azienda richieda attività che comportino uno specifico impegno organizzativo ai medici in rete o in gruppo, la cooperativa potrà fornire i supporti necessari (personale sanitario, dotazioni strumentali ecc)
- 3) La società di servizio, anche cooperativa, in quanto soggetto dotato di personalità giuridica può impegnare i propri soci a fornire, nell'ambito dei compiti e mansioni derivanti dalla titolarità convenzionale, allo svolgimento di attività professionali aggiuntive o erogate con modalità diverse . Eventuali altre attività svolte dai medici soci della cooperativa dovranno essere preventivamente approvate in sede di Comitato Aziendale.
- 4) La società di servizi anche cooperativa, può fornire beni e/o servizi alle aziende USL nel rispetto nella normativa vigente. I beni e/o servizi oggetto della fornitura non dovranno in ogni caso determinare delle condizioni di incompatibilità, a termini convenzionali, per i medici stessi.
- 5) Laddove la cooperativa sia organizzata territorialmente in forme di medicina in rete o di gruppo, coerenti con l'organizzazione del Nucleo di Cure Primarie, i medici di medicina generale soci della stessa hanno gli stessi diritti e doveri previsti nel presente accordo per la medicina di rete e di gruppo.
- 6) Il verificarsi di attività sanitarie complesse (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, collaboratori ed infermieri di studio, servizio CUP e prelievi, infermieri e specialisti SSN) all'interno di strutture con polistudi, fornite e/o gestite da società di servizi anche cooperativa riconosciuta ex comma 3 b per i medici o per i Nuclei di Cure Primarie e limitate a prestazioni previste da accordi locali od approvate

dal Comitato Aziendale, sono soggette alle norme vigenti di autorizzazione ed accreditamento e non costituiscono alcuna causa di incompatibilità convenzionale.

Sempre in tema in associazionismo si rileva quanto segue:

1) Il numero medici per ciascuna forma associativa di norma deve essere non inferiore a 3 e non superiore a 10 medici (compresa la m. di gruppo). Eventuali deroghe sulla base di specifiche esigenze organizzative, ivi compresa, ad esempio, la definizione del numero minimo nei casi di associazioni composte da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono demandate ai Comitati Aziendali.

Il singolo medico operante in medicina di gruppo può mantenere anche altri studi aperti oltre quello principale nella sede del gruppo con orario adeguato alle esigenze assistenziali.

Premesso quanto sopra, si concorda sulla necessità di aggiornare nel tempo più breve, e comunque entro il 31.12.2006, il testo del precedente documento sull'associazionismo di cui al punto 2) dell'ACR ex DPR 270/00, ivi compresi i modelli di contratto di associazione per le forme previste dai commi 3 a e 3 b che rimangono in vigore, i cui contenuti condivisi saranno parte integrante del presente accordo.

Art. 57 . visite occasionali

5 - Le visite sono compensate direttamente dal cittadino - fatto salvo quanto diversamente disciplinato dal presente Accordo per l'assistenza turistica - con le seguenti tariffe onnicomprensive:

- visita ambulatoriale: 20 euro;
- visita domiciliare: 35 euro;

Art. 59 – Trattamento economico

Collaborazione di studio e/o infermieristico

Ai medici di medicina generale che si avvalgono di collaboratori di studio e/o personale infermieristico è riconosciuta la specifica indennità in presenza delle seguenti condizioni:

Collaboratore di studio

- personale assunto direttamente dal medico o fornito da altri soggetti (società di servizi, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali (di IV livello o superiore) e degli infermieri ;
- impegno settimanale pari ad almeno 10 ore per medico (singolo o in rete);
- Per le medicine di gruppo nella fase iniziale un impegno settimanale di almeno 35 ore complessive per il periodo di un anno, fatte salve diverse determinazioni in sede di accordo locale..

Personale infermieristico:

- impegno settimanale di almeno 2 ore fino a 500 assistiti; 4 ore fino a 1.000 assistiti; 6 ore oltre i 1.000 assistiti. Per la medicina di gruppo: impegno minimo non inferiore a 2 ore giornaliere;
- Per l'infermiere è richiesta l'iscrizione all'Albo professionale.

Potranno essere riconosciuti altri tipi di contratto, purché stipulati nel rispetto della normativa vigente, con retribuzione ed attività oraria pari a quelle sopra indicate.

Il medico che richiede la corresponsione delle indennità deve certificare di essere intestatario del contratto di lavoro o destinatario delle prestazioni, se il personale è fornito da società o altri soggetti.

Assistenza nelle zone disagiatissime e disagiate.

Lettera D) comma 2:

Per lo svolgimento dell'attività nelle zone individuate dalle Aziende USL come disagiatissime o disagiate, il compenso aggiuntivo già erogato secondo il precedente accordo regionale è modificato come segue:

3 euro/ assistito/anno per le zone disagiate;

5 euro/assistito/anno per le zone disagiatissime;

Decorrenza dall'1.6.2006.

Si concorda che le problematiche connesse nello svolgimento dell'attività assistenziale delle zone di cui sopra siano tenute in considerazione in sede locale nelle fasi elaborazione e di definizione degli obiettivi e progetti assistenziali.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale nel nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari delle Aziende USL

In relazione all'evoluzione presente nel quadro delle risposte assistenziali, orientate alla presa in carico del paziente, alla gestione dei servizi secondo la logica dei processi ed alla organizzazione dell'assistenza secondo livelli di intensità di cure, si ravvisa la necessità di correlare a tale impostazione azioni di miglioramento della organizzazione complessiva della Continuità Assistenziale.

In ogni caso, è necessario perseguire una coerenza attuativa, correlando tra loro le indicazioni delle convenzioni attinenti l'ambito delle cure primarie. Infatti, in particolare, il nuovo accordo regionale per la Medicina Generale rende necessario valutare tipologie diversificate del servizio, da attuare in via sperimentale, al fine di verificarne l'impatto organizzativo, la qualità delle prestazioni e il livello di soddisfazione dell'utenza.

Il progresso tecnologico e i nuovi sistemi di comunicazione offrono inoltre facilitazioni e ulteriori potenzialità a questo servizio.

La necessità di una maggiore integrazione dei medici di continuità assistenziale con i medici di assistenza primaria nell'ambito delle nuove funzioni del Dipartimento delle Cure Primarie, con i pediatri di libera scelta, con i medici di Pronto Soccorso e con gli specialisti ospedalieri, può fornire adeguate risposte a situazioni che, attualmente, presentano maggiore criticità.

In linea con le indicazioni previste nel nuovo Piano Sociale Sanitario Regionale i medici della continuità assistenziale aderiscono allo sviluppo organizzativo dei Nuclei delle Cure Primarie attraverso l'integrazione professionale ed organizzativa delle attività in coerenza con quanto definito nell'Accordo regionale per l'Assistenza Primaria. In questa ottica vanno favorite le progettazioni che sviluppino approcci organizzativi coerenti con tale indirizzo, consentendo, anche, sistemi di monitoraggio e verifica utili al fine della valutazione delle congruità dei progetti attivati.

Azioni di qualificazione della continuità

Si concorda di mantenere il progetto per la qualificazione della continuità assistenziale, anche al fine di limitarne il ricorso al ricovero ospedaliero e /o ad accessi al Pronto Soccorso, rivolta a:

- pazienti fragili assistiti in assistenza domiciliare e residenziale (decorrenza 01.09.2006)
- bambini in età 0-6 anni

Il progetto, già attivato da quanto previsto negli accordi precedenti, è da sviluppare nel corso dell'anno 2006, anche al fine di valutarne gli effetti.

- E' necessario dare continuità, al domicilio dei pazienti e/o presso le strutture protette, ai programmi di assistenza domiciliare integrata in stretta collaborazione con le équipe infermieristiche dedicate all'ADI e all'assistenza nelle strutture protette. La necessità assistenziale, anche nei periodi festivi e notturni, deve essere valutata nel complesso del percorso assistenziale affinché il medico di continuità assistenziale, impegnato nella visita, possa seguire il programma terapeutico nella scheda clinica ed effettuare le prestazioni necessarie.

Considerata la variabilità presente nelle realtà aziendali e distrettuali, le ASL definiranno con accordi locali, le modalità organizzative e di verifica del progetto, al fine di monitorare gli accessi dei medici di continuità assistenziale e valutare una attesa riduzione dei ricoveri dei pazienti assistiti in ADI e ospiti nelle residenze.

Si concorda che le Aziende, nei programmi di assistenza domiciliare e di assistenza nelle Residenze, prevedano l'integrazione del medico di continuità assistenziale. La remunerazione è pari all'importo previsto per l'assistenza primaria per accesso, oltre alla remunerazione prevista per le eventuali prestazioni aggiuntive riconosciute dall' presente Accordo.

Le modalità di corresponsione dei compensi previsti saranno definite in sede aziendale, unitamente ad opportuni indicatori di verifica dell'attività svolta e degli esiti perseguiti nel programma di assistenza domiciliare e residenziale, da ridisegnare in coerenza con lo sviluppo dell'integrazione tecnica ed organizzativa dei Nuclei di Cure Primarie, anche in relazione alle disponibilità dichiarate dai medici della Continuità Assistenziale.

La continuità assistenziale presenta attualmente criticità nei confronti dei bambini in età 0-6 anni, che presentano, in genere, problematiche cliniche moderate che non richiedono il ricorso al Pronto Soccorso ospedaliero.

Si concorda sulla necessità di creare le condizioni per superare tale criticità. Pertanto si ritiene di sostenere la realizzazione, a livello aziendale, di specifiche iniziative di formazione ed aggiornamento nel settore della pediatria, oltre a quelle già previste per la formazione, prevedendo, per i medici titolari di incarico di continuità assistenziale, la frequenza presso una sede di Pronto Soccorso pediatrico, per almeno 24 ore all'anno, oltre alla possibilità di uno stage di formazione pratica presso i reparti di pediatria per un massimo di 12 ore all'anno. Per tali partecipazioni, da effettuarsi al di fuori dell'orario di servizio, è previsto un compenso orario di 40 euro/ora.

Inoltre, nelle Aziende in cui sia attivo o venga attivato un programma di assistenza nei confronti dei bambini 0-6, secondo un'ottica trasversale ospedale-territorio con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale, la visita domiciliare è retribuita con un compenso da definire in sede locale.

Ambulatorio di Medicina Generale per facilitare l'accesso territoriale e ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso.

Nelle fasce orarie di riferimento della Continuità Assistenziale, le Aziende USL possono prevedere l'attivazione di un ambulatorio di Medicina Generale, per una dimensione oraria, preferibilmente diurna, ritenuta congrua alle esigenze locali e che permetta ai cittadini di ricevere le prestazioni proprie della medicina generale e, pertanto, non necessariamente domiciliari (come quelle specifiche della Continuità Assistenziale).

Tale attività verrà erogata con modalità diverse, a seconda delle necessità e caratteristiche della popolazione di riferimento, valutando l'opportunità di aggiungere una unità medica dedicata, in relazione ai bisogni sopra esposti, per le funzioni proprie di un ambulatorio di medicina generale, oppure di coniugare l'attività con quella propria della Continuità Assistenziale nella figura dello stesso medico in servizio.

Tale modalità organizzativa è mirata, anche, a permettere il superamento dell'attuale ambulatorio dei "codici bianchi" in quanto inverte le modalità di flusso ai servizi, offrendo l'opportunità di accedere prioritariamente ad un servizio di primo livello territoriale, accessibile sia dal punto di vista temporale che strutturale e, solo successivamente, in caso di necessità, può esser previsto un invio al P.S. da parte del medico operante nell'ambulatorio.

Le attività devono essere svolte prioritariamente da medici convenzionati per la Continuità Assistenziale.

L'accesso all'ambulatorio, nelle ore dedicate, è libero e gratuito in regime di assistenza diretta ai pazienti residenti nella regione. Le visite rivolte a cittadini residenti nella regione, ma fuori dal territorio distrettuale di riferimento, saranno notulate dal medico all'Azienda e remunerate secondo la tariffa prevista dall'ACN per le visite occasionali ambulatoriali. Le visite a favore dei cittadini provenienti da altre regioni sono compensate direttamente dall'assistito secondo la tariffa prevista dall'ACN per le visite occasionali ambulatoriali.

I compiti del medico addetto all'ambulatorio di medicina generale sono quelli previsti dall'ACN per la realizzazione delle prestazioni assistenziali non differibili. Per questa attività dovrà essere redatto apposito registro delle prestazioni effettuate, anche al fine di monitoraggio e valutazione delle stesse.

In sede locale è possibile definire ulteriori tipologie di prestazioni.

Con decorrenza 01.09.2006, le attività svolte nell'ambulatorio sopradelineato, sono compensate con 32 euro/ora, oltre le eventuali prestazioni aggiuntive (Allegato n.4).

Nel caso in cui il servizio ambulatoriale sia svolto dal medico in turno della Continuità Assistenziale che, pertanto, svolgerà sia attività ambulatoriale che domiciliare, la remunerazione oraria non potrà superare 32 euro/ora per medico presente in turno.

Tale soluzione è prevedibile in aree periferiche e le modalità organizzative saranno definite in sede locale nel rispetto della compatibilità con entrambe le funzioni.

Modelli organizzativi

In relazione alle diverse situazioni di risposta, legate alla densità di popolazione, alla numerosità delle postazioni di guardia necessarie ed alla intensità delle chiamate, è riconosciuta la possibilità di prevedere modalità di organizzazione del servizio caratterizzate da reti di postazioni collegate ad un centro unico di chiamata in grado di valutare le priorità e di orientare le diverse modalità di risposta. Si condivide altresì l'obiettivo di perseguire l'attivazione di un numero unico regionale per la continuità assistenziale con funzioni di call-center in grado di collegarsi con le diverse sedi, in analogia con i numeri utili dedicati regionali.

Consigli terapeutici telefonici

L'aumento della cultura media sanitaria della popolazione ha aumentato nei cittadini la capacità di descrivere in modo appropriato un sintomo o una situazione di malattia offrendo la possibilità al medico di continuità assistenziale di formulare, in alcune situazioni cliniche, attraverso un'intervista anamnestica telefonica, delle ipotesi

diagnostiche e soprattutto, in casi di lieve entità del sintomo, offrire consigli terapeutici monitorando eventualmente il problema durante l'arco del turno di presenza.

Anche in caso di pazienti cronici che sono in grado di descrivere eventuale modificazione del loro stato di malattia, il medico di continuità assistenziale può valutare, con la collaborazione del paziente, una modifica della terapia in atto e monitorare, sempre con il colloquio telefonico o con una visita domiciliare, se necessario, l'effetto della terapia.

Occorre consolidare questa tipologia di risposta terapeutica perché, essendosi dimostrata efficace, può consentire di aumentare il numero delle risposte fornite dal servizio, ferma restando la presa in carico del paziente che riceve un consiglio terapeutico telefonico ed è successivamente monitorato, in modo da non sentirsi abbandonato o trattato con poca attenzione.

Tale modalità di risposta terapeutica richiede protocolli clinici condivisi che definiscano le situazioni cliniche che maggiormente possono essere monitorate con il consiglio telefonico, richiede la validazione delle modalità ed eventuali procedure da attuare per l'effettuazione dell'inchiesta anamnestica, secondo logiche di appropriatezza clinica, anche al fine di riconoscere valore medico legale al consiglio terapeutico telefonico.

Si conferma che, in ogni caso, la responsabilità della valutazione finale e della tipologia dell'intervento è di specifica competenza del medico interpellato.

Ambiti disagiati e ambiti con aumento di carico di lavoro.

Vengono considerate zone disagiate per la Continuità Assistenziale gli ambiti territoriali già riconosciuti tali per l'Assistenza Primaria. Per questi ambiti ad ogni medico di continuità assistenziale saranno riconosciuti incentivi assimilabili proporzionalmente a quanto riconosciuto al medico di assistenza primaria.

Ai fini applicativi saranno definiti a livello regionale, entro il 31.12.2006, i parametri per tale riconoscimento economico che avrà decorrenza 01.10.2006.

Si definisce aumento del carico di lavoro la situazione in cui, nelle sedi che prevedono presenze plurime di medici, per motivi contingenti, non sia possibile garantire la copertura del turno col numero di presenze previste dagli standard definiti a livello locale.

Si rinvia alla trattativa locale la definizione degli incentivi da riconoscere ai medici che garantiscono il turno in tale contesto. Il riconoscimento economico (decorrenza 01.10.2006) non potrà, in ogni caso, superare la dimensione economica prevista per la copertura del turno in condizioni standard.

In sede locale, a fronte di transitorie situazioni di maggiore impegno prestazionale, l'Azienda può valutare la possibilità di potenziare il servizio.

Utilizzazione del servizio di continuità assistenziale

Il servizio di Continuità Assistenziale è istituzionalmente indirizzato a tutta la popolazione residente in ambito regionale, ivi compresi i domiciliati sanitari con scelta del medico, senza alcun onere a carico del cittadino.

Le visite a favore dei cittadini provenienti da altre regioni sono compensate direttamente dall'assistito secondo la tariffa prevista dall'ACN per le visite occasionali.

Si rileva, comunque, la necessità di attivare apposite campagne informative per i cittadini e di sensibilizzazione ad un corretto uso del servizio, evitando ricorsi impropri al Pronto Soccorso.

Formazione continua

Il medico di continuità assistenziale è tenuto a partecipare alle iniziative formative organizzate dalle Aziende USL per almeno 40 ore annue retribuite come servizio attivo, per le quali vengono riconosciuti i crediti ECM.

L'attività formativa dovrà riguardare, oltre agli aspetti professionali e clinici, anche gli aspetti organizzativi dell'istituzione dei Nuclei di Cure Primarie e potrà essere svolta, per i medici non in turno, anche nella giornata di sabato unitamente ai medici di assistenza primaria .

Nell'ambito delle 40 ore è possibile prevedere corsi specifici di formazione, con modalità anche innovative, compatibili con gli obiettivi aziendali perseguiti.

Rapporto ottimale

In attuazione di quanto previsto dall'art. 64 dell'ACN, si concorda che il numero dei medici inseribili nei Servizi di Continuità Assistenziale di ciascuna ASL sia così determinato: 1 medico ogni 5.000 residenti. Il rapporto ottimale è definito con riferimento alla popolazione (residenti anagrafici e sanitari) dell'ambito territoriale distrettuale, rilevata al 31 dicembre dell'anno precedente.

Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale è demandata alle singole Aziende – sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato Aziendale – la possibilità di definire un diverso rapporto numerico, in aumento o in diminuzione, in ragione di caratteristiche oro-geografiche, abitative e organizzative, con variabilità non superiore al 30%.

Per la variabilità di tale rapporto (1 a 5.000), in aumento o in diminuzione, e comunque non superiore al 30%, si concorda che ad ogni incremento del 10 % (500) di questo rapporto, a fronte dell'aumento del carico di lavoro, sia riconosciuto un incremento quantificabile in euro 1,50/ora al medico in turno con decorrenza 01.10.2006.

Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri e le procedure di mobilità intra-aziendale - da concludere prima della pubblicazione degli incarichi vacanti - cui possono partecipare i medici con almeno tre anni di anzianità di titolarità nella medesima sede. Qualora le richieste di mobilità fossero superiori al numero degli incarichi vacanti si applicherà il criterio della maggior anzianità di convenzionamento.

Massimali

L'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale è di 24 ore settimanali presso la stessa Azienda. Gli attuali incarichi a tempo indeterminato a 12 ore sono portati a 24 ore, qualora risulti carenza di medici titolari. E' fatto salvo l'incarico con orario ridotto a 12 ore per i medici titolari di concomitante incarico convenzionale di medicina dei servizi territoriali.

L'Azienda, per l'attuazione di quanto previsto all'art. 65, commi 5 e 6, al raggiungimento delle 650 scelte per l'assistenza primaria e 350 per la pediatria di libera scelta , avuto riguardo al mantenimento medio delle scelte a tempo indeterminato nei 6 mesi

successivi, e comunque non oltre il tetto delle 900 effettive, omnicomprensive, comunica al medico titolare di incarico di continuità assistenziale e di assistenza primaria/ pediatria di libera scelta, l'avvenuto raggiungimento medio del limite di scelte. La cessazione dell'incarico di continuità assistenziale o di assistenza primaria avrà effetto dal sesto mese successivo alla comunicazione.

La sospensione dall'attività convenzionale, per i motivi di cui all'art.18, commi 2 e 4, riguarda tutti i rapporti di lavoro convenzionali concomitanti.

Ai sensi dell'art 65 comma 14 dell'ACN, per straordinarie e sopravvenute esigenze di servizio, l'Azienda potrà concordare con i medici incaricati un aumento delle ore di attività, da effettuare successivamente al prioritario completamento da parte di tutti dell'orario (104 ore), per un periodo, di norma, non superiore ad un mese.

Le ore eccedenti sono retribuite con 32,00 euro/ora e le modalità di attribuzione sono definite in sede aziendale.

Le ore di attività richieste alla Continuità Assistenziale fuori dagli orari convenzionali avranno una maggiorazione di euro 12/ ora rispetto al compenso orario base previsto nell'ACN.

In particolari situazioni di criticità o per necessità di completamento di turni, l'Azienda USL, al fine di assicurare il corretto svolgimento del servizio di continuità assistenziale, può definire, in sede di Comitato Aziendale, la possibilità di affidare turni di servizio (max. 12 ore settimanali) a medici di assistenza primaria con numero di scelte minore di 650 .

Decorrenza dalla data di recepimento dell'Accordo da parte della Giunta Regionale.

Sostituzioni ed incarichi provvisori

Le Aziende USL, successivamente alla pubblicazione della graduatoria regionale di settore, al fine di adottare procedure omogenee per il conferimento degli incarichi provvisori e di sostituzione, nell'ottica di snellimento e di semplificazione delle operazioni amministrative, predispongono graduatorie di disponibilità per sostituzioni e/o incarichi provvisori, valide almeno per un anno, nel rispetto dei criteri e delle modalità di seguito indicate:

- pubblicazione di avviso sul BUR per acquisizione di disponibilità da parte dei medici inseriti e non inseriti in detta graduatoria.
- acquisizione delle disponibilità dei medici e predisposizione delle graduatorie aziendali, come di seguito specificato

Incarichi provvisori

In attesa dell'espletamento delle procedure di conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, con riferimento all'ambito distrettuale, fatta salva una diversa articolazione territoriale in relazione a specifiche necessità definite a livello aziendale. L'incarico è, di norma, di 24 ore settimanali, di durata trimestrale, eventualmente rinnovabile fino all'inserimento del titolare e comunque per un periodo massimo di 12 mesi .

Criteri di priorità per l'assegnazione degli incarichi :

1. medici iscritti nella graduatoria regionale, con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda;

2. medici non iscritti nella graduatoria regionale con diploma di formazione specifica in medicina generale;
3. medici titolari a tempo indeterminato nel Servizio di continuità Assistenziale, che non svolgano altra attività professionale nell'ambito del SSN, con aumento delle ore settimanali oltre le 24 fino ad un massimo di 38 ;
4. medici con abilitazione all'esercizio professionale conseguita dopo il 31.12.1994;

Incarichi di sostituzione

Per le sostituzioni superiori ai 15 giorni ai medici vengono conferiti incarichi a tempo determinato, per la durata dell'assenza del titolare, per un periodo massimo di 12 mesi. In caso di prosecuzione dell'assenza del titolare vengono attribuiti gli ulteriori incarichi ad altri medici secondo l'ordine di graduatoria. Gli incarichi di sostituzione sono assegnati seguendo le seguenti priorità:

1. medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda;
2. medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale, non ancora iscritti nella graduatoria regionale;
3. medici con abilitazione all'esercizio professionale conseguita dopo il 31.12.1994;
4. medici titolari di incarico a tempo indeterminato, prioritariamente con rapporto esclusivo di continuità assistenziale, mediante incremento orario oltre le 24 ore, fino ad un massimo di 38 ore;
5. in caso di carenza le Aziende potranno interpellare altre categorie di medici compatibili (iscritti al corso di formazione in medicina generale e specializzandi).

Gli incarichi di sostituzione non possono avere durata superiore a 12 mesi. Per sostituzioni fino a 15 giorni si concorda l'utilizzo prioritario dei medici in elenco per reperibilità oraria presso quella sede, purché non impegnati nella stessa giornata

Compiti del medico

Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili gratuitamente ai cittadini residenti nell'ambito regionale. Per residente si intende il cittadino che abbia espresso la scelta, anche provvisoria, prevista dall'art.40 comma 12 dell'ACN 23.03.05.

Le prestazioni erogate ai cittadini residenti in ambito regionale, ma non afferenti all'area distrettuale di appartenenza della sede di servizio, sono notulate all'Azienda secondo i compensi stabiliti dall'ACN . In ogni caso in sede locale è possibile procedere ad accordi in relazione a situazioni particolari di mobilità . Nei confronti dei cittadini residenti nelle altre regioni, che non abbiano fatto la scelta provvisoria , le prestazioni sono remunerate dai cittadini stessi secondo le tariffe previste dall'ACN .

Per l'assistenza rivolta ai cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia si rinvia a quanto previsto dall'art. 57 comma 4

In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali. Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Il medico di continuità assistenziale, che ne ravvisi la necessità, deve direttamente allertare il Servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso .

Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno, in servizio attivo nella sede assegnata dall'Azienda.

Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio.

Il medico è tenuto allo svolgimento di tutti i turni di servizio assegnati ed al rispetto della loro articolazione oraria; in caso di improvviso impedimento o per particolari necessità il medico, per l'attivazione del reperibile, è tenuto ad esperire le modalità definite nell'ambito degli accordi locali e darne comunicazione all'Azienda e/o al proprio Referente /Coordinatore, che provvederà alla sostituzione.

Il mancato rispetto dei turni di servizio assegnati costituisce inadempimento dei compiti ed obblighi previsti nell'ACN.

Organizzazione della reperibilità

Le Aziende predispongono un calendario mensile di reperibilità, per garantire le sostituzioni dovute ad assenza del medico di turno, secondo le modalità precisate dall'art. 71 dell'ACN-

Il medico di continuità assistenziale incaricato ai sensi degli art.63 e 70 dell'ACN è tenuto ad effettuare i turni di reperibilità secondo il disposto di cui comma 1 dell'art.71 dello stesso ACN.

L'individuazione della reperibilità ha come riferimento il livello distrettuale e si concorda di compensare il turno di reperibilità con una somma forfetaria di euro 50, estendendo le fasce orarie di cui all'art. 71, comma 1, dell'ACN al totale delle ore del turno di servizio . Tale compenso va sommato alla remunerazione del servizio nel caso di attivazione del turno effettivo. Decorrenza 01.10.2006.

Festività di particolare importanza

Le ore di attività prestate nelle giornate festive e negli orari sotto indicati saranno retribuite con una maggiorazione di euro12 /ora a decorrere da 01.10.2006:

1°	gennaio	ore 08,00 – 20,00	
6	gennaio	ore 08.00 – 20,00	
	Pasqua	ore 08,00 – 20,00 ; ore	20,00 – 08,00
	Lunedì di Pasqua	ore 08,00 – 20,00	
25	aprile	ore 08,00 – 20,00	
1°	maggio	ore 08,00 – 20,00	
2	giugno	ore 08,00 – 20,00	
15	agosto	ore 08,00 – 20,00	
1°	novembre	ore 08,00 – 20,00	
8	dicembre	ore 08,00 – 20,00	
24	dicembre		ore 20,00 - 08,00
25	dicembre	ore 08,00 – 20,00 ; ore	20,00 - 08,00
26	dicembre	ore 08,00 – 20,00	
31	dicembre		ore 20,00 - 08,00

Coordinamento

In ogni sede del Servizio di Continuità Assistenziale l'Azienda USL, sentito il Comitato Aziendale, individua un Medico con l'incarico di Coordinatore. L'incarico ha durata annuale rinnovabile.

Ferme restando le competenze in carico alle Aziende, di cui all'art 68, comma 4, dell'ACN il Coordinatore si impegna a :

- mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie;
- mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'èquipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;
- predisporre i turni e le reperibilità di servizio con invio all'Azienda in tempo utile per la loro pubblicazione;
- proporre al Direttore del Dipartimento Cure Primarie azioni per il miglioramento del Servizio;
- trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con le Aziende, sulla condivisione dei progetti aziendali;
- fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio.
- eventuali altre attività aggiuntive da concordare in sede aziendale, mirate ad obiettivi specifici.

Per l'espletamento dei compiti di coordinamento è demandato al livello locale, in relazione alla complessità dell'organizzazione, la definizione del monte ore mensile ed il relativo compenso .

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

Le Aziende USL sono tenute a fornire al medico di continuità assistenziale l'automezzo di servizio. Qualora l'Azienda, per motivi eccezionali o per temporanee indisponibilità, non sia in grado di provvedere e richieda al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato da parte dell'Azienda, anche *in itinere* regionale . Anche l'aumento del premio assicurativo dovuto all'incremento della classe di merito del "Bonus-malus", in caso di sinistro provocato dal conducente del veicolo, è rifiuto al medico di continuità assistenziale che utilizzi la propria auto per lo svolgimento del servizio, in carenza di auto fornite dalla Azienda USL. Al riguardo, il medico dovrà presentare specifica dichiarazione della Compagnia Assicuratrice, con espresso riferimento al sinistro stesso.

Le AUSL, inoltre, provvedono alla copertura assicurativa contro i danni da responsabilità professionale verso terzi. Ai medici deve essere data opportuna informazione relativamente ai termini ed alle modalità di copertura di detta assicurazione.

Il medico riconosciuto inabile allo svolgimento dei compiti di cui al presente accordo può essere adibito a specifiche differenti attività inerenti il proprio incarico.

L'accertamento dell'inabilità è di competenza della Commissione medico-legale aziendale di cui all'art. 19 comma 1 lettera f) dell'ACN.

Idoneità delle sedi

Le Aziende, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica in merito all' applicazione del DLgs. 626/94, assicurano, per l'espletamento del servizio di continuità assistenziale, la sicurezza e l'idoneità delle sedi, sia per quanto attiene alla struttura che alla dotazione tecnologica, con particolare riferimento allo sviluppo della rete informatica necessaria per le integrazioni organizzative e professionali più volte richiamate e per le dovute azioni di monitoraggio.

Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

In merito a quanto previsto dall'art.31, comma 12, dell'ACN relativamente alla determinazione dei contingenti di medici da esonerare dalla partecipazione a scioperi di categoria, si concorda che i medici da esonerare debbano essere individuati tra quelli inseriti nei turni interessati dallo sciopero, assicurando la presenza di almeno il 66 % dei medici nel turno in ambito distrettuale .

Decorrenza degli istituti contrattuali

I compensi per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo per la Continuità Assistenziale decorrono dall'01.01.2007, se non diversamente indicato nell'articolato. Per ogni altro istituto si fa riferimento alla validità dell'ACN.

Trattamento economico

I compensi di cui al presente Accordo sono assoggettati a contribuzione Enpam.

MEDICINA DEI SERVIZI

Art.75- Massimale orario e sue limitazioni

Comma 1 – Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi che svolgano, in maniera costante e senza soluzione di continuità, ore di attività pari a 38 ore settimanali, oltre il massimale orario di 24 ore, è riconosciuto dalle Aziende USL, previo assenso degli interessati, l'aumento di ore di incarico.

Per esigenze di attività aggiuntive, aventi carattere di continuità e stabilità organizzativa, le Aziende USL possono conferire ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato a 24 ore settimanali, previa acquisizione della loro disponibilità, aumenti di orario fino ad un massimo di 38 ore di incarico. L'aumento di orario è assegnato a coloro che non svolgano altra attività convenzionale.

Ai medici con aumento di ore di incarico fino a 38 ore settimanali spetta il trattamento economico di cui all'art.14 dell'Allegato N del DPR 270/2000, per tutte le ore di incarico, a decorrere dalla data di adozione del provvedimento dell'Azienda USL.

Per comprovate necessità organizzative e per esigenze di carattere temporaneo, le Aziende possono autorizzare l'effettuazione di ore straordinarie, oltre il massimale orario, ma non oltre le 38 ore settimanali.

Commi 3 e 5 – In caso di concomitante titolarità di incarico di assistenza primaria o pediatria di libera scelta, l'Azienda USL, al raggiungimento delle 600 scelte di assistenza primaria o 320 per la pediatria di libera scelta, avuto riguardo al mantenimento medio delle scelte a tempo indeterminato nei sei mesi successivi, e comunque non oltre il tetto delle 900 effettive, onnicomprensive, comunica al medico l'avvenuto raggiungimento medio del limite di scelte. La cessazione dell'incarico di medicina dei servizi avrà effetto dal sesto mese successivo alla comunicazione.

Restano immutate le diverse situazioni esistenti alla data di entrata in vigore dell'ACN.

Art.78- Compiti e doveri del medico – Libera professione

Comma 8- I medici addetti alla medicina dei servizi partecipano ai progetti realizzati all'interno del servizio o unità operativa di appartenenza o Nucleo di Cure Primarie, con modalità applicative analoghe a quelle già definite negli accordi regionali con gli specialisti ambulatoriali. I relativi compensi saranno concordati in sede aziendale ed assoggettati a contribuzione ENPAM.

Comma 14 – E' demandata alle Aziende la possibilità, per esigenze organizzative, di affidare ai medici incarichi per specifiche responsabilità, con definizione a livello aziendale delle modalità di attribuzione e di riconoscimento economico.

ART. 80 – disponibilità

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato può svolgere attività presso strutture o enti del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, previo accordo fra le amministrazioni interessate ed accettazione del medico.

Art.19 - Aggiornamento professionale obbligatorio

I medici addetti alla medicina dei servizi possono partecipare alle stesse iniziative rivolte ai medici di medicina generale, con le modalità di cui all'art 20 dell'ACN.

E' prevista la partecipazione ad iniziative di formazione per almeno 30 ore annue per i medici che svolgono esclusivamente attività di medicina dei servizi; in caso di concomitanza con altro incarico convenzionale di medicina generale l'obbligo formativo si intende assolto con la partecipazione complessiva ad iniziative formative per almeno 40 ore. I partecipanti hanno diritto ad un corrispondente permesso retribuito.

NORME FINALI

Norma Finale n.1

Ai fini della definizione ed applicazione degli Accordi regionali ed aziendali, ai sindacati firmatari è riconosciuta la disponibilità di un monte ore aggiuntivo complessivo di 5.000 ore anno, da suddividere fra ciascuna OO.SS., in proporzione alla percentuale delle deleghe rilevate all'1.1.2005, a decorrere dall'1.7.2005.

Il pagamento delle quote sarà effettuato secondo le indicazioni delle Segreterie delle OO.SS. circa i destinatari, il numero di ore e le scadenze.

Norma Finale n.2

Gli effetti economici delle voci retributive indicate nel presente Accordo, se non diversamente indicato nell'articolato, decorrono dall'01.09.2006.

In caso di ritardo nel rinnovo dell'Accordo Nazionale le parti si impegnano a rivedere, sia sul piano normativo che economico, gli istituti riconosciuti suscettibili di modifiche.

Le parti firmatarie, previa reciproca consultazione ed approvazione, sentito il parere del Comitato Regionale, possono integrare o modificare l'Accordo regionale qualora lo ritengano opportuno.

Norma Finale n.3

Le parti concordano che contestualmente all'atto di recepimento sarà predisposta la specifica modulistica per la richiesta della corresponsione di indennità ed incentivi.

Norma Finale n. 4

Attività territoriali programmate

Le Aziende possono rinnovare gli incarichi ai medici già incaricati di attività territoriali programmate secondo l'art. 60 del DPR 270/00.

Per ulteriori sopravvenute esigenze, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato a medici, per un periodo non superiore a 12 mesi e per un massimo di 12 ore settimanali, secondo il seguente ordine di priorità:

- medici di assistenza primaria, con precedenza per quelli con minor numero di scelte;
- medici di continuità assistenziale, compatibilmente con il cumulo orario;
- medici della medicina dei servizi, con priorità per chi ha minor numero di ore di incarico;
- medici iscritti nella graduatoria regionale, settore della medicina dei servizi;
- medici in possesso dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale di medicina generale, secondo la minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea.

Compenso attività programmate

Per lo svolgimento delle attività territoriali programmate viene stabilita la tariffa oraria omnicomprensiva di euro 24,00, con decorrenza dall'1.9.2006. L'attività professionale può essere svolta anche a domicilio del paziente o comunque in sedi diverse rispetto a quelle individuate quali svolgimento dell'incarico. In tal caso possono essere riconosciuti i

rimborsi chilometrici per l'uso dell'auto propria in misura pari ad 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per Km.

Norma Finale n. 5

Le tariffe per le attività convenzionali di partecipazione dei medici di medicina generale, previste dal presente Accordo, sono indicate all' Allegato n. 5

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n. 1

In attesa della messa a regime del sistema e della connessione in rete si concorda quanto segue:

- a) i medici non associati che aderiscono al Nucleo di Cure Primarie ed accettano di integrare gli orari di studio con 7 ore di ambulatorio complessivo, in attesa di passare alla rete, ricevono euro 2,58/assistito per adesione al Nucleo;
- b) superamento del tetto degli istituti incentivanti finalizzato al Nucleo (indennità di collaboratore di studio ed infermieristica). Il raggiungimento dello standard organizzativo della medicina in rete o gruppo, dà diritto agli incentivi di cui art. 59, lettera B, comma 8 punti c) e d), anche al di là del limite percentuale fissato dall'ACN;
- c) raggiungimento dell'obiettivo di cui al punto c3 del paragrafo 6 "Incentivazioni per la realizzazione dei Nuclei di Cure Primarie": ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 giorni alla settimana.
Il monte ore anno complessivamente necessario per la copertura oraria fino ad h 12 diurne sarà reso disponibile dalle Aziende progressivamente, secondo i seguenti scaglioni percentuali:
 - 8 % per l'anno 2006
 - ulteriore 20 % per l'anno 2007
 - ulteriore 40% per l'anno 2008
 - completamento negli anni successivi.

Criteria di priorità: Qualora il numero di richieste superi la percentuale di copertura prevista per l'anno corrente, prevale la data di presentazione, con priorità, di norma, per la forma associativa della Medicina di gruppo, con particolare riferimento a quelle che saranno sede di riferimento del Nucleo di Cure Primarie dal momento dell'entrata in vigore del presente Accordo.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n.1

L'Organizzazione Sindacale FP CGIL Medici raccomanda un attento monitoraggio sull'applicazione dell'Accordo con verifica ad un anno dall'entrata in vigore dello stesso, con particolare riguardo a:

- conseguenze occupazionali della modifica del rapporto ottimale da 1:1000 a 1:1300;
- controllo da parte delle Aziende, del grado di applicazione dell'Accordo definendo criteri qualitativi di attività svolta.

Dichiarazione a verbale n.2

La Regione, in relazione al rapporto ottimale medico/ popolazione come definito nell'Accordo regionale, recepisce le raccomandazioni dell'organizzazione sindacale FP CGIL Medici e, nel condividere la necessità di un monitoraggio sugli effetti dell'applicazione, garantisce l'impegno di una verifica sistematica per poter valutare, dopo un anno dall'applicazione, il rispetto della effettiva possibilità di scelta da parte del cittadino e le ricadute in termini di occupazione dei medici.

ALLEGATI**Allegato n.1**

Io sottoscritto Dott:.....

Visto l'Accordo Regionale per la medicina generale sottoscritto dalle OO.SS dei medici di medicina generale e dall'Assessore alle Politiche per la Salute

DICHIARO

- di accettare la logica organizzativa ed interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie finalizzata allo sviluppo di una medicina territoriale secondo quanto espresso in premessa ed indicato nelle aree prioritarie di intervento, di cui al paragrafo 3 "Gli obiettivi" dell'Accordo regionale e di assicurare la mia partecipazione ed impegno anche all'integrazione con gli altri professionisti ed operatori coinvolti nell'assistenza territoriale;
- di possedere la conoscenza informatica come requisito indispensabile per la partecipazione effettiva allo sviluppo dell'integrazione e di garantire la mia disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del Nucleo che fra questi e la rete aziendale;
- di non possedere la conoscenza informatica e di impegnarmi al possesso del requisito entro..... e di garantire la mia disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del Nucleo che fra questi e la rete aziendale;

In fede

Dott.

codice regionale

Allegato n.2

Profilo del Referente di Distretto e Dipartimento Cure Primarie per la medicina generale.

Il Referente per la medicina generale è una figura nuova ed innovativa introdotta dall'Accordo Regionale, in coerenza con le indicazioni della L.R.29/2004 e le successive direttive organizzativo-applicative dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute, con ruolo di affiancamento e consulenza al Direttore di Distretto e al Direttore di Dipartimento di cure primarie su temi volti al miglioramento della consapevole gestione, dei fattori produttivi e di qualità di competenza dei medici di medicina generale

Il Referente per la medicina generale è individuato all'interno di un elenco, condiviso fra le parti, di Medici, non necessariamente referenti di NCP, disponibili per svolgere detto incarico e riceve un incarico fiduciario da parte del Direttore Generale, a tempo determinato, preferibilmente a durata triennale.

Le parti convengono che l'incarico si configuri come collaborazione professionale senza vincolo di subordinazione e che di norma si espliciti attraverso un'attività non inferiore a 5 ore alla settimana, a cui potranno aggiungersi ulteriori ore sulla base delle esigenze della Azienda.

A) Nel Distretto, il Referente espleta attività di consulenza tecnica a favore del Direttore di Distretto per tutte le problematiche dell'area della Medicina Generale o ad essa attinenti. In particolare egli svolge una o più delle seguenti attività:

1. Collabora alla rilevazione dei bisogni per la formulazione del piano della Committenza fornendo a tal fine pareri-consulenze tecniche e supportando l'attività di rilevazione dei bisogni avviata dalla direzione del distretto;
2. Si fa carico delle funzioni di cui all'art. 25 comma 4 dell'ACN, coadiuvando il Direttore di Distretto per il monitoraggio delle attività territoriali riguardanti la Medicina generale previste dal programma.
3. Supporta il Direttore del Distretto per quanto attiene la attuazione a livello distrettuale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) di competenza dei Medici convenzionati fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Distretto.
4. Coadiuvando il Direttore di Distretto nel monitoraggio delle azioni collegate all'applicazione degli accordi locali integrativi e nelle relazioni con i Nuclei di Cure Primarie fornendo, nell'ambito delle linee di indirizzo fornite dalla Direzione, un supporto alla raccolta, analisi ed interpretazione dei dati
5. Collabora alla definizione dell'ordine del giorno degli organismi di Direzione Distrettuale fornendo al Direttore del Distretto proposte di discussione
6. Collabora col Direttore di Distretto ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni predisponendo comunicazioni informative richieste dal Direttore del Distretto e/o fornendo il proprio supporto tecnico ai documenti predisposti dal Direttore del Distretto.
7. Concorre alla definizione dei criteri di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività svolte fornendo il proprio parere tecnico sui documenti predisposti dal Direttore del Distretto.

B) Nel Dipartimento Cure Primarie, il Referente espleta, nelle sue articolazioni territoriali, funzione di consulenza tecnica a favore del Direttore di Dipartimento per tutte le problematiche dell'area della Medicina Generale o ad essa attinenti. In particolare egli svolge una o più delle seguenti attività:

1. Collabora alla definizione dei documenti di Programmazione fornendo a tal fine un parere tecnico. Nell'ambito di tale attività partecipa al Comitato di Dipartimento e può rappresentare il Dipartimento all'interno del Comitato di Committenza aziendale nella definizione del piano di fornitura sulla base delle linee di indirizzo fornite dal Responsabile del Dipartimento Cure Primarie.
2. Concorre alla definizione del piano delle azioni ed alla implementazione di raccomandazioni professionali (note AIFA, linee guida) con particolare riguardo nei confronti dei Medici di Medicina Generale fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento e partecipando, ove richiesto, alle attività operative
3. Supporta il Direttore del Dipartimento per quanto attiene la diffusione, la stesura operativa e l'attuazione omogenea a livello aziendale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) in particolare di competenza dei Medici convenzionati fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento e partecipando, ove richiesto, alle attività operative.
4. Supporta il Direttore di Dipartimento e del Servizio Convenzioni nella formulazione delle disposizioni aziendali relative a normative e contratti per quanto di competenza della categoria e nella definizione e nel monitoraggio delle azioni collegate all'applicazione degli accordi locali integrativi fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento Cure Primarie e partecipando, ove richiesto, alle attività operative.
5. Collabora alla negoziazione del budget del Dipartimento con la Direzione Generale fornendo pareri tecnici sui documenti sottoposti dalla direzione del Dipartimento Cure Primarie.

Il supporto tecnico fornito all'Ufficio di Direzione distrettuale e al Comitato di Dipartimento, garantisce i necessari collegamenti con gli altri servizi del territorio e con il presidio ospedaliero.

Modalità operative:

I criteri condivisi per le procedure di nomina e durata dell'incarico dei medici di assistenza primaria per le funzioni di Componenti del Collegio di Direzione, Referente per la Medicina generale per il Distretto, Referente per la Medicina generale di Dipartimento di Cure Primarie, Responsabile di Nucleo di Cure Primarie, saranno definiti in sede regionale.

Allegato 3

Profilo del Coordinatore di Nucleo di Cure Primarie

La responsabilità del Nucleo di Cure Primarie è affidata ad un Coordinatore individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici afferenti al Nucleo, con le seguenti funzioni:

- programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionali, ai fini anche della rivalutazione delle risorse assegnate;
- promozione della formazione, anche integrata, e verifica dei bisogni formativi espressi dai medici di medicina generale avvalendosi anche della collaborazione del Centro regionale per la formazione e/o degli eventuali altri organismi aziendali collegiali specifici;
- supporto al Dipartimento Cure Primarie nella definizione degli obiettivi con la condivisione del Nucleo di Cure Primarie, facendo riferimento alle risorse assegnate;
- promozione dell'organizzazione dei processi assistenziali e valutazione dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali del sistema;
- ricerca della condivisione fra gli appartenenti al Nucleo con funzione di interfaccia con il Dipartimento;
- il coordinatore, in applicazione alle determinazioni ed agli accordi condivisi in sede di Comitato Aziendale concorda gli obiettivi con il Nucleo di Cure Primarie e con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie in riferimento alle risorse assegnate, orienta il lavoro del Nucleo all'appropriatezza, promuove l'organizzazione dei processi assistenziali e la valutazione condivisa dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali;
- la funzione di coordinamento deve intendersi come ricerca della condivisione fra gli appartenenti al nucleo e di interfaccia con il Direttore di Dipartimento.

Il coordinatore del Nucleo di Cure Primarie esplica le funzioni assegnategli con gli indispensabili supporti organizzativi, scientifici e di risorse umane messe a disposizione da parte dell'Azienda.

L'impegno orario richiesto per lo svolgimento delle attività di cui sopra è definito, di norma, fino a 5 ore settimanali, con un impegno orario minimo valutato forfettariamente in due ore settimanali. Tale funzione verrà retribuita in modo forfettario, è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione del massimale.

I medici di medicina generale membri di diritto dell'Ufficio di coordinamento distrettuale, ai sensi dell'art. 25, comma 4, dell' A.C.N. o di strutture analoghe e quelli che operano con funzioni di coordinamento in altre strutture organizzative costituiscono il collegamento professionale con i responsabili del Nucleo di Cure Primarie .

Allegato 4

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	Importo
A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda	
1. Prima Medicazione su ferita non precedentemente medicata	15
2. Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	15
3. Successive medicazioni	8
4. Rimozione punti di sutura e medicazione	15
5. Cateterismo uretrale uomo	10
6. Cateterismo uretrale donna	4
7. Tamponamento nasale anteriore	7
8. Fleboclisi (Unica eseguibile urgente)	15
9. Lavanda gastrica	12,32
10. Iniezione Gammaglobulina o Vaccino Antitetanico	7,5
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (dotazione frigorifero))	12
12. Tampone faringeo,	0,64
B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda	
1. Ciclo Fleboclisi – per ciascuna flebo	12
2. Fleboclisi Ferro - per ciascuna flebo	14
3. Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	8
3. Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico dotazione impianti fissi (per prestazione singola)	1,23
4. Vaccinazioni non obbligatorie (campagna preventiva regionale /aziendale)	
a) Influenza annuale (dotazione frigorifero)	7,5
b) Pneumococcica - quinquennale - (dotazione frigorifero)	7,5
c) Altri vaccini (Epatite, H. Zooster, ecc.)	7,5
C) Altre Prestazioni aggiuntive ex ACR	
1. Endovena urgente	7,5
2. Courettage escara necrotica	25
3. Lettura ECG (Progetto Aziendale)	10
4. Lettura ECG comprensiva dell'esame (Progetto Aziendale)	14
5. Infiltrazione intrarticolare	24
6. Toracentesi	70
7. Paracentesi	60
8. Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP)	10
9. Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
10. Posizionamento sondino naso gastrico	20
11. Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20
12. Ecografia Generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario aziendale	40
13. Ecografia generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario del medico	61
14. Holter Pressorio (progetto aziendale) dotazione strumentario aziendale	40
15. Holter pressorio - dotazione strumentario del medico	62
16. Sutura ferita superficiale con cerottazione	5
17. Emotrasfusione Assistenza + Prove Crociate (ADI)	140
18. Albumina (piano terapeutico AIFA)	60

Allegato 5

Tabella tariffe attività convenzionali partecipative M.M.G. al netto di: oneri previdenziali Enpam ex art. 60) + oneri ex art. 21 (spese sostituzione ^^)**				
	Tariffa euro	Impegno orario	Pagamento su cedolino	
1) Coordinatore/Referente NCP	60/h	Incarico convenzionalmente commisurato 3-5 H settimana e comunque non inferiore a 2H/sett. solo per le realtà attualmente ai minimi retributivi	Mensile	
2) Referente per la medicina generale di Distretto/ Dipartimento **	60 /h	5 -10 settimanali. Eventuali incrementi orari da concordare secondo necessità	Mensile	
3) Collegio di Direzione aziendale **	60/h	Minimo 3 ore /seduta	Evento o Mensile in rapporto alla frequenza	
4) Animatore di Formazione	60/h	Determinato localmente in base alle caratteristiche dell'evento (ore aula + ore preparazione)	Semestrale posticipato	
5) Tutor Formazione specifica	6.000 Forfett/ Caso	12 mesi	Semestrale posticipato	
6) Tirocinio pre e post laurea	250/caso forfettario	15 giorni	Evento notula	
7) Medici UCAD	60/h	2 ore forfettarie minime / seduta salvo diverse intese locali	Evento notula	
8) Comitato Regionale	60/h	4 ore forfettarie residenti 5 ore fuori sede	Evento notula	
9) Comitato Aziendale	60/h	2,5 ore forfettarie salvo diverse intese locali	Evento notula	
10) Commissioni ex ACN -ACR **	60/h	4 ore forfettarie residenti 5 ore fuori sede + rimb. spese ex art. 21, 1 comma	Evento notula	
11) Collegio arbitrale **	60/h	4 H forfettarie compreso istruzione del caso + rimborso spese trasferimento x fuori sede e sostituto	Evento notula	
^^ rimborso oneri sostituzione ex art 21, 1 comma più di lista o importo forfettario concordato				

Allegato n. 6

Assistenza domiciliare agli ospiti in Residenze protette e collettività (art.53, comma1c)

(variazioni rispetto al precedente Accordo regionale ex DPR 270/2000; restano vigenti le parti non modificate)

Attività mediche di diagnosi e cura

- b) qualora l'ente gestore richieda visite urgenti in favore degli anziani ospitati in posti non convenzionati e non iscritti nell'elenco del medico, tali visite sono retribuite dall'ente gestore secondo la tariffa della visita occasionale domiciliare ;
- f) partecipare alle iniziative di aggiornamento sui temi specifici concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'Azienda Unità Sanitaria locale, anche in accordo con il Servizio Assistenza Anziani. Tali iniziative sono previste fino ad un massimo di 4 ore annuali, oltre gli obblighi convenzionali, articolate all'interno del monte ore di permanenza in struttura;
- g) partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura (di norma semestrali all'interno dell'orario di permanenza nella struttura);
- i) provvedere, per ciascuno degli ospiti, alla tenuta ed aggiornamento, per la parte di competenza, di una cartella socio -sanitaria individuale, anche informatizzata, orientata per problemi, concordata a livello aziendale, da cui risultino comunque gli elementi necessari alla classificazione annuale degli anziani con riferimento a: grave disturbo comportamentale, elevato bisogno sanitario, grado di disabilità severo;
- j) la certificazione annuale, ai fini della classificazione degli anziani non autosufficienti, rientra nelle funzioni del medico coordinatore di struttura. Qualora il Distretto si avvalga del medico di medicina generale incaricato della diagnosi e cura per la certificazione predetta, questa sarà compensata come prestazione aggiuntiva pari a € 20,00.

L'èquipe assistenziale

Il Medico opera in equipe per attuare la valutazione multidisciplinare dell'anziano, l'elaborazione di piani personalizzati di assistenza, per i soggetti a maggiore impegno assistenziale (ad es. affetti da demenza o in terapia del dolore o gravissime disabilità acquisite) la loro verifica periodica e l'erogazione delle attività mediche di diagnosi e cura.

L'evoluzione delle attività e l'autonomia operativa del personale infermieristico hanno comportato una diverso affidamento dei compiti assistenziali consentendo al medico di medicina generale, nei limiti dell'impegno orario previsto dai parametri regionali, lo svolgimento delle attività di cui ai punti e, g, h del paragrafo precedente del presente accordo, con orari e modalità organizzative concordate, quantificabili, di norma, salvo diversi accordi aziendali, in 1 ora mensile ogni 30 assistiti.

Iscrizione dell'ospite negli elenchi del medico di medicina generale

All'anziano non autosufficiente stabilmente ospitato nelle strutture protette viene revocata la scelta del medico di fiducia e trasferita sul MMG che opera nella struttura, salvo diversa volontà espressa dall'interessato all'atto dell'ammissione, compatibilmente con la normativa vigente.

In caso di ricovero temporaneo in RSA o struttura protetta l'assistenza sanitaria è assicurata dai medici della struttura. Al medico di medicina generale che ha in carico

l'assistito viene mantenuta la scelta, al fine di assicurare il necessario collegamento per un adeguato rientro dell'anziano al proprio domicilio.

Fabbisogno assistenziale

Ai fini dell'individuazione del fabbisogno di assistenza e della esigenza di garantire modalità omogenee di erogazione della stessa, le ASL articolano le strutture protette in nuclei assistenziali fino a 30 posti letto per anziani non autosufficienti, affidando ciascuno nucleo ad un medico di medicina generale. Lo stesso medico può, di norma, seguire 2 nuclei; sono fatte salve le condizioni esistenti.

In presenza di particolari situazioni organizzative della struttura, l'Azienda USL può definire il numero di ospiti da affidare a ciascun medico in misura superiore al limite sopra indicato.

L'azienda USL garantisce la presenza di personale medico pari a 6 ore settimanali ogni 30 anziani non autosufficienti ospitati nelle case protette per l'attività di diagnosi e cura. Nelle RSA, per l'attività medica, l'Azienda garantisce la presenza di personale in misura di 12 ore settimanali ogni 20 anziani non autosufficienti.

Il fabbisogno così definito dovrà essere pubblicizzato mediante affissione all'Albo dell'Azienda e comunicato ai medici di assistenza primaria convenzionati nell'ambito distrettuale e, se necessario, aziendale.

Gli aspiranti all'incarico devono possedere, alla data di scadenza dell'avviso, i seguenti requisiti:

- iscrizione nell'elenco dei medici di assistenza primaria dell'Azienda USL
 - nessun altro impegno professionale che comporti riduzione del massimale
- I medici interessati, entro 20 giorni dalla data di affissione dell'avviso all'Albo, comunicano all'Azienda USL la propria disponibilità all'incarico.

Criteri per il conferimento degli incarichi

Gli incarichi sono conferiti ai medici di assistenza primaria in possesso dei requisiti, sulla base di una graduatoria predisposta dall'Azienda USL secondo le seguenti priorità:

- iscritti nell'elenco dei medici dell'ambito territoriale ove è ubicata la struttura;
- iscritti nell'elenco dei medici dell'ambito distrettuale ove è ubicata la struttura;
- iscritti nell'elenco dei medici dell'Azienda USL;

ed in base ai seguenti criteri:

- anzianità di convenzionamento: punti 0,5 per anno fino ad un massimo di 2 punti;
- numero di scelte: da 300 a 700 punti 6. Per ogni 100 scelte in più o in meno si toglie un punto.
- titoli: attestato di formazione in medicina generale, specializzazione in geriatria e medicina interna = 2 punti; altre specializzazioni = 0,5 punti.

I titoli sono valutati complessivamente fino ad un massimo di 3 punti. In caso di parità di punteggio precede, nell'ordine, il medico con minor numero di scelte in carico.

Prestazioni aggiuntive

Per le prestazioni aggiuntive eseguite dal medico valgono le tariffe di seguito riportate :

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE IN RESIDENZE PROTETTE E COLLETTIVITÀ	Importo
A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda	
1.Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	6
2.Cateterismo Uretrale Uomo	8
3.Tamponamento Nasale anteriore	5
4.Lavanda Gastrica	10
5.Iniezione Gammaglobulina o Vaccino Antitetanico	5
6.Iniezione Sottocutanea Desensibilizzante (dotazione frigorifero)	8
B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda	
1.Ciclo Fleboclisi – per ciascuna flebo	10
2.Fleboclisi Ferro - Per Ciascuna Flebo	10
3.Ciclo curativo di Iniezioni endovenose (per ogni Iniezione)	7
4.Vaccinazioni Non Obbligatorie (campagna preventiva regionale /aziendale)	
a)Influenza annuale (dotazione frigorifero)	7
b) Pneumococcica - quinquennale - (dotazione frigorifero)	7
c) Altri Vaccini (Epatite, H. Zooster, Ecc.)	7
C) altre Prestazioni aggiuntive ex ACR	
1)Endovena Urgente	7
2)Courettage Escara Necrotica	20
3)Lettura ECG (Progetto Aziendale)	7
4)Lettura ECG comprensiva dell'esame (Progetto Aziendale)	7
5>Infiltrazione Intrarticolare	21
6)Toracentesi	50
7)Paracentesi	40
8)Applicazione Bendaggio di Contenimento in caso di distorsioni o fratture	8
9) Asportazione tappo di cerume	10
10) Incisione Ascesso	30
11) Artrocentesi o Evacuazione ematoma	17
12) Posizionamento Sondino naso gastrico	17
13) Rimozione Apparecchio Gessato o Bendaggio Contenitivo	20
14) Ecografia Generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario aziendale	40
15) Ecografia generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario del medico.	61
16) Holter Pressorio (progetto aziendale) dotazione strumentario aziendale	40
17) Holter Pressorio con dotazione strumentario del medico	62
18) Sutura Ferita Superficiale con cerottazione	3,5
19) Emotrasfusione Assistenza + Prove Crociate	120
20) Albumina (piano terapeutico AIFA)	45

Compensi per l'attività di diagnosi e cura

I medici incaricati sono compensati, in aggiunta agli emolumenti di cui all'ACN, con una cifra forfetaria annuale, per ciascun soggetto stabilmente ospitato in struttura protetta, pari a €. 254,00. Per i medici già incaricati la rivalutazione della quota avrà effetto dal 01.09.2006.

Nel caso di soggetti stabilmente ospitati in struttura protetta ed occupanti posti non convenzionati, iscritti nell'elenco dello stesso medico che svolge attività di diagnosi e cura, le modalità di compenso sono:

- per gli assistiti riconosciuti, alla valutazione multidimensionale, ad elevata complessità assistenziale con predisposizione di piano assistenziale: quota forfetaria annuale di € 254; decorrenza 01.09.2006;
- per gli assistiti a complessità assistenziale non elevata, attivazione ADR, con retribuzione accesso pari a euro 14,00;

Nel caso di soggetti ospitati in strutture non convenzionate (case di riposo) o in strutture protette ed in carico a medici diversi dal medico incaricato della diagnosi e cura, le modalità di compenso sono:

- se, nell'ambito della stessa struttura sono ospitati fino a tre pazienti dello stesso medico, gli accessi programmati sono compensati a termini convenzionali;
- se i pazienti in carico allo stesso medico sono più di 3, gli accessi programmati saranno compensati a tariffa ADR a partire dal 4° caso.

Coordinamento delle attività sanitarie di struttura

- L'Azienda USL in accordo con l'ente gestore identifica il responsabile del coordinamento organizzativo delle attività sanitarie.
- Qualora sia individuato un medico di medicina generale tale attività comporta un impegno orario settimanale pari a quanto definito nella deliberazione n.1378/99 già citata. Tale incarico ha durata triennale, è rinnovabile salvo disdetta sei mesi prima della scadenza da parte del Direttore Generale dell'azienda con immediata riapertura del massimale, e non comporta riduzione del massimale entro il limite di 5 ore settimanali.
- L'affidamento anche parziale di compiti di coordinamento all'interno della struttura ad un MMG (quali ad esempio la custodia dell'armadio farmaceutico e la responsabilità del movimento del registro degli stupefacenti della struttura) presuppone una formalizzazione dell'incarico con la quantificazione oraria per lo svolgimento della funzione, da retribuire secondo la tariffa di cui al capoverso successivo.
- L'attività di coordinamento, sia distrettuale che di struttura, è compensata con euro 35,00/ora.

RSA

Il compenso previsto per il medico incaricato è pari a euro 35,00 orarie, fatti salvi diversi accordi aziendali, ed è comprensivo di tutte le prestazioni di particolare impegno professionale. L'eventuale disponibilità del medico di medicina generale ad assicurare la continuità assistenziale diurna, al di fuori delle ore di servizio, sarà retribuita sulla base di specifiche intese locali.

Verifica delle attività

In rapporto alla funzione di committenza e controllo affidata al Direttore di Distretto, anche le attività realizzate nelle strutture di cui trattasi, verranno verificate.

Tale verifica riguarda tutti i medici incaricati anche anteriormente alla data del presente accordo ed è effettuata ogni 3 anni (dalla data di incarico) dall'Azienda USL che, se del caso, adotta le necessarie modifiche, con riferimento al perseguimento degli obiettivi sopra indicati.

L'attività di diagnosi e cura sarà oggetto di valutazione in sede di Comitato Aziendale.

Allegato n. 7

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

- **Assistenza domiciliare integrata (ADI) comma 1 a)**
- **Assistenza domiciliare programmata (ADP) comma 2 b)**

Art. 1 – Requisiti generali

1. L'assistenza domiciliare di cui all'art. 53 ACN, è svolta, in coerenza alla direttiva regionale per la riorganizzazione delle cure domiciliari (DGR n.124/99), assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- a) di medicina generale;
- b) di medicina specialistica;
- c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio sociale;
- e) di assistenza sociale.

2. Le patologie che riguardano l'avvio dell'assistenza domiciliare sono quelle per le quali l'intervento può consentire di evitare il ricorso improprio al ricovero in ospedale o altra struttura sanitaria, e/o favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali, mantenendo le persone al proprio domicilio.

3. Le prestazioni domiciliari necessarie a garantire una adeguata assistenza alle persone che non possono recarsi presso l'ambulatorio del medico o dello specialista sono rapportate a livelli di intensità delle cure erogate, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal paziente.

Art. 2 - Procedure per l'attivazione

1. Il medico di assistenza primaria, anche a seguito di segnalazione pervenuta al punto unico di accesso delle cure domiciliari, da parte dei competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie, attiva il programma di assistenza, con la diagnosi e la proposta motivata del piano assistenziale, previa acquisizione del consenso informato del paziente o dei suoi familiari.
2. Il programma di attivazione è trasmesso dal medico di assistenza primaria al servizio infermieristico domiciliare, per la presa in carico e la definizione del piano personalizzato di assistenza
3. Il piano personalizzato, concordato tra il medico di assistenza primaria, il servizio infermieristico domiciliare e con operatori sanitari e sociali eventualmente interessati, viene notificato al referente organizzativo per l'assistenza domiciliare secondo le procedure condivise localmente
4. Il piano deve contenere:
 - a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza domiciliare e la sua decorrenza. La durata del programma non può essere comunque superiore ad un anno ed è rinnovabile;
 - b) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale e dell'infermiere al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
 - c) gli adempimenti di competenza di altri operatori sanitari coinvolti;
 - d) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile delle relative attività;
 - e) i momenti di verifica comune del piano assistenziale, all'interno del periodo di effettuazione del servizio, con particolare riferimento ad eventuali modifiche dello stesso, in relazione all'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente

Art.3 - Compiti del medico di assistenza primaria

Il medico di assistenza primaria, nell'ambito del piano di interventi:

- a) è il responsabile terapeutico dell'assistenza e si relaziona con il responsabile del caso, qualora sia individuato come tale un altro componente dell'equipe multiprofessionale
- b) sulla base del monitoraggio dello stato di salute dell'assistito aggiorna anche con le indicazioni prescrittive la scheda clinica concordata a livello aziendale e fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente. Nella stessa scheda debbono essere sinteticamente riportati e sottoscritti gli interventi di tutti gli operatori sanitari e/o sociali coinvolti. Al termine del periodo di assistenza domiciliare, la scheda è chiusa dal medico medicina generale per la riconsegna al Distretto;
- c) attiva le eventuali consulenze specialistiche;
- d) si relaziona con il personale dei servizi sociali per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;

Art. 4 – Sospensione

1. L'assistenza può essere sospesa sia dal medico di assistenza primaria, che dall'azienda, con decisione motivata condivisa, con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente. Sono esclusi i casi di ricovero in cui la sospensione è contestuale.

Art. 5 - Trattamento economico

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico previsto, con riferimento ai livelli di intensità assistenziale di cui alla citata direttiva regionale (DGR n.124/99), è riconosciuto un compenso per accesso pari a:

- Livello 1 (già ADP, ADI 1) 25 euro
- Livelli 2 e 3 (già AD2,AD3, NODO) 30 euro

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi, nel rispetto delle cadenze stabilite nel programma formulato, in coerenza con il decorso clinico.

3. Sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso solo le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato n.4 lettera c) effettuate a pazienti inseriti in programmi di assistenza domiciliare.

Considerato il recepimento dei contenuti della DGR 124/99 si concorda di istituire un osservatorio regionale per il monitoraggio dell'andamento della assistenza domiciliare con particolare attenzione agli elementi di appropriatezza ed alla valutazione dei risultati assistenziali in relazione agli obiettivi fissati. Pertanto si considera superato il limite fissato dall'art.59, lett.c)comma2.

Art. 6 - Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente effettuati.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda sanitaria presso il domicilio dell'assistito. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

3. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 - Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare.

Art. 8 Verifiche e Valutazioni

1. Il Dipartimento di Cure Primarie attiva incontri di verifica e valutazione con i soggetti coinvolti nel processo assistenziale, in relazione all'andamento dell'assistenza domiciliare, sia a livello di Nucleo di Cure Primarie, Distretto o di Azienda, o per singoli problemi assistenziali .

Art. 9 – Controversie

Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore di Dipartimento e del referente coordinatore del Dipartimento Cure Primarie.

Allegato n. 8

Progetto SOLE - Collegamento informatico e prestazioni informatiche di base

Dalla data dell'allacciamento dello studio medico con la rete informatica per lo scambio dei flussi informativi, ciascun medico avrà diritto al compenso di 5 euro/anno per assistito, frazionato in dodici mensilità (0,416 euro /mese), che retribuisce le prestazioni informatiche di base individuate dal presente Accordo e consistenti in:

- Anagrafica (aggiornamento automatico);
- Esenzioni (aggiornamento automatico);
- Laboratorio: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante;
- Referti: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante;
- Lettera di dimissione ospedaliera : anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante;
- Referto di Pronto Soccorso: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante;
- Fornitura e utilizzo del nomenclatore Sole come catalogo unico regionale per le proposte di accertamenti e consulenze;
- CUP: trasmissione automatica dei dati per garantire una più agevole fruizione della prenotazione autonoma da parte del cittadino (non da parte del medico di medicina generale);
- Richiesta e registrazione del consenso dell'assistito al trattamento dei dati nell'ambito del Progetto Sole;
- Registro delle vaccinazioni antinfluenzali ed antipneumococciche.

Tutti i dati in arrivo sulle postazioni informatiche dei medici di medicina generale debbono integrarsi con le specifiche della cartella informatica dello stesso per renderle automaticamente fruibili.

(il presente testo recepisce, in forma coordinata ed articolata, con le variazioni condivise, i documenti sottoscritti in data 10 maggio e 12 settembre 2006)

Bologna, 29 settembre 2006

*ASSESSORE ALLE POLITICHE
PER LA SALUTE* (firmato)

FIMMG (firmato)

*FEDERAZIONE MEDICI
Aderente U.I.L. . F.P.L.* (firmato)

*INTESA SINDACALE
SIMET-SUMAI-CISL Medici* (firmato)

FP CGIL MEDICI (firmato)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 dicembre 2006, n. 1807

Approvazione delle intese sottoscritte fra l'Assessore alle Politiche per la salute e le Organizzazioni sindacali rappresentative dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei biologi, chimici e psicologi ambulatoriali interni

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- gli specialisti ambulatoriali interni, per la loro collocazione a livello territoriale negli ambulatori distrettuali, ma anche negli ambulatori dei presidi ospedalieri e presso i consultori familiari e pediatrici, sono riferimento indispensabile per i Nuclei di cure primarie e per garantire la continuità dell'assistenza specialistica nel distretto;
- il DLgs 502/92 e successive modifiche e l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professionalità – reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa della Conferenza Stato-Regioni – costituiscono i presupposti normativi contrattuali che definiscono il ruolo che gli specialisti ambulatoriali sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi previsti dalla L.R. 29/04 e successive modifiche, che detta norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario regionale, e dal Piano Sociale e Sanitario regionale, in via di perfezionamento;
- la propria delibera 1296/98 e da ultimo il testo preliminare del Piano sociale e sanitario regionale, individuano, per la specialistica ambulatoriale, la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi (semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni come da D.G.R. 2142/00), sia in termini clinico assistenziali per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale, come da circolare regionale n. 8/2004);
- la Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa ed il contenimento dei tempi di attesa, anche in attuazione del D.P.C.M. 16 aprile 2002 che, sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del febbraio 2002, inserisce l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- la D.G.R. n. 1532 del 6 novembre 2006 "Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa" in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006, stabilisce gli obiettivi e il piano di intervento per la gestione delle liste di attesa cui le Aziende sanitarie e i professionisti debbono attenersi, e il sistema delle garanzie per il cittadino;
- gli accordi con gli specialisti ambulatoriali si inseriscono necessariamente nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, definita dall'atto aziendale adottato da ciascuna Azienda, in collegamento anche con le attività ospedaliere e secondo le indicazioni della D.G.R. 309/00, relativa alle linee guida sull'assistenza distrettuale, e della sopra citata L.R. 29/04 e successive modifiche; devono essere pertanto complementari ed integrati con gli accordi e i contratti di produzione patuiti dalle Aziende USL con i presidi ospedalieri e ambulatoriali, con le Aziende Ospedaliere e con il privato accreditato.

Dovranno inoltre essere inseriti come parte integrante del piano delle attività del Dipartimento di Cure Primarie ed essere coerenti con i piani di attività dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, secondo gli obiettivi prioritari assegnati. Quanto sopra dovrà essere parte della programmazione del livello di assistenza relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale, elaborata dalle Aziende USL secondo le indicazioni della D.G.R. 293/05;

- il citato Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professionalità – reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni – domanda a successivi accordi regionali la definizione di alcuni istituti contrattuali in esso contenuti;
- ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale, l'Assessorato alle Politiche per la salute aveva avviato le trattative per la definizione degli accordi sindacali regionali con i rappresentanti dei sindacati SUMAI e CISL Medici e la delegazione di parte pubblica;

considerato:

- che il lavoro di confronto ha permesso di definire l'intesa regionale del 15/11/2005, allegata al presente atto, sottoscritta dall'Assessore regionale alle Politiche per la salute e dai Sindacati SUMAI, CISL Medici, CGIL FP Medici, UIL FPL, Federazione Medici, aderente UIL FPL, AUIPI (Associazione unitaria psicologi italiani) e SNUBCI (Sindacato nazionale unitario biologi e chimici italiani);
- che successivamente a questa prima intesa si è reso necessario stipulare un accordo integrativo all'accordo regionale con i medici specialisti ambulatoriali siglato in data 15 novembre 2005, sottoscritto il 5 luglio 2006 dall'Assessore regionale alle Politiche per la salute e dai sindacati SUMAI, CISL Medici, CGIL FP Medici, Federazione Medici, aderente UIL FPL, allegato al presente atto;
- che anche per biologi, chimici e psicologi ambulatoriali si è reso necessario stipulare un accordo integrativo per definire alcune peculiarità di tali professionisti; tale accordo, anch'esso allegato al presente atto, è stato sottoscritto dall'Assessore regionale alle Politiche per la salute e dai sindacati regionali SNUBCI e AUIPI in data 12 settembre 2006;

dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma della L.R. 43/01 e della propria delibera n. 447 del 24 marzo 2003 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute

a voti unanimi e palesi, delibera:

- di approvare le intese sottoscritte fra l'Assessore alle Politiche per la salute e le Organizzazioni sindacali rappresentative dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei biologi, chimici e psicologi ambulatoriali interni su "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)" reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa della conferenza Stato-Regioni, allegata alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali;

- di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna;

- di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

(segue allegato fotografato)

Premessa

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità, ai sensi dell'art.8 del D.LGS. n°502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, si realizza in un momento decisivo per il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, sia per la promulgazione della L.R.29/2004 che detta le norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, sia per la presentazione del testo preliminare del Piano Sociale e Sanitario Regionale, fondato sulla programmazione integrata. Il nuovo accordo intende favorire ulteriormente l'obiettivo di una organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale fondata su un nuovo ruolo del Territorio, in particolare con i Medici di Medicina Generale e le altre figure professionali, con specifica attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali, e riservando all'ospedale il ruolo proprio, in un quadro di appropriatezza, sostenibilità economica ed integrazione dei diversi livelli assistenziali.

Il presente Accordo regionale sviluppa, in coerenza e continuità al precedente accordo attuativo ex DPR 271/00, le importanti innovazioni già raggiunte, da consolidare in tutte le realtà regionali:

1. la partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali interni all'ufficio di coordinamento distrettuale, con le competenze specifiche e di supporto alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività e alla valutazione del loro raggiungimento;
2. il potenziamento dell'integrazione multidisciplinare, in particolare con i MMG, aderendo al nuovo modello dei Nuclei di Cure Primarie partecipando, in via sperimentale e con la necessaria gradualità, al loro funzionamento, anche attraverso l'assunzione di responsabilità specifiche, al fine

di favorire una maggiore deospedalizzazione, l'assistenza domiciliare integrata, la realizzazione di percorsi di assistenza per le malattie croniche (gestione integrata del diabete mellito, scompenso cardiaco cronico, ecc.), e i percorsi di riabilitazione domiciliare e in strutture residenziali per anziani e disabili;

3. l'effettivo coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni per migliorare la qualità dell'assistenza adottando gli strumenti del governo clinico, con le funzioni attribuite al Responsabile di branca;
4. l'ampliamento delle esperienze di coordinamento degli ambulatori specialistici, per attuare la programmazione delle attività, la semplificazione dell'accesso alla specialistica ambulatoriale e la presa in carico clinica e organizzativa del paziente.

Alla luce della L.R. 29/2004 "Norme Generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" anche la figura dello specialista ambulatoriale dovrà essere prevista all'interno del Collegio di direzione aziendale e distrettuale, ove presente, nei Comitati di Dipartimento, nelle Unità Operative - dove presenti - di Medicina Generale e Specialistica, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione regionale sugli atti aziendali e dal Piano sociale e sanitario, atti in corso di predisposizione.

Gli specialisti territoriali, nei presidi poliambulatoriali distrettuali, sono perciò coinvolti nella consulenza specialistica di primo accesso e nella realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici per le patologie prevalenti, in collegamento con i MMG e in particolare con le loro forme associative, in maniera funzionale al fabbisogno evidenziato nel distretto.

Gli specialisti territoriali confermano un ruolo importante anche nel 2° livello specialistico, partecipando alla realizzazione di servizi che gestiscono casi clinici complessi (day service ambulatoriali - DSA - territoriali), anche in stretta collaborazione con i MMG e con la componente ospedaliera, realizzando (DGR 2142/2000) una semplificazione dei percorsi e il contenimento dei ricoveri impropri.

Con queste finalità assume sempre più importanza il ruolo svolto dagli specialisti ambulatoriali in ambito distrettuale e pertanto si auspica il graduale superamento dei rapporti a tempo determinato, anche di tipo libero-professionale.

Nella Regione Emilia-Romagna gli specialisti titolari di incarico sono attualmente oltre 700, cui si aggiungono gli oltre 200 specialisti con incarico a tempo determinato, ex protocollo aggiuntivo.

Nel periodo di realizzazione del precedente accordo essi hanno collaborato alla costruzione di percorsi integrati per la gestione di malati con patologie croniche e sono stati coinvolti nei percorsi assistenziali con i MMG su problematiche specialistiche specifiche, partecipando così alla costituzione dei Nuclei di Cure Primarie.

Con l'applicazione del nuovo accordo occorre ampliare l'esperienza estendendola a tutti gli ambiti territoriali e ad un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i MMG.

L'Accordo regionale si pone infatti come strumento per sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie ed il modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale. Individua le aree prioritarie e i principi di intervento, con particolare attenzione alla tutela della salute dei soggetti fragili e di

quelli affetti da patologie croniche degenerative, in collegamento con i MMG e con l'ospedale nell'ambito di percorsi di presa in carico, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate con riferimento alle realtà locali.

Riferimenti normativi

Il D.Lgs. 229/99 e l'Accordo collettivo nazionale costituiscono i presupposti normativi contrattuali che definiscono il ruolo che i medici specialisti ambulatoriali sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi previsti dalla L.R. 29/2004 e dal Piano Sociale e Sanitario Regionale, in via di perfezionamento.

La normativa regionale, fin dalla D.G.R. n° 1296/1998 e da ultimo nel testo preliminare del Piano Sociale e Sanitario Regionale, indica per la specialistica ambulatoriale la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi (semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni come da D.G.R. 2142/2000) sia in termini clinico assistenziali per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale, come da circolare regionale n. 8/2004). La Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa ed il contenimento dei tempi di attesa, anche in attuazione del D.P.C.M. 16 aprile 2002 che, sulla base dell'accordo Stato-Regioni del febbraio 2002, inserisce l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli accordi con i medici specialisti ambulatoriali si inseriscono necessariamente nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, definita dall'atto aziendale adottato da ciascuna Azienda, in collegamento anche con le attività ospedaliere e secondo le indicazioni della D.G.R. n. 309/2000, relativa alle linee guida sull'assistenza distrettuale, e della sopra citata L.R. 29/2004.

Devono essere pertanto complementari ed integrati con gli accordi di produzione pattuiti dalle Aziende USL con i presidi ospedalieri e ambulatoriali, con le Aziende Ospedaliere e con il privato accreditato. Dovranno inoltre essere inseriti come parte integrante del piano delle attività del Dipartimento di Cure Primarie ed essere coerenti con i piani di attività dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, secondo gli obiettivi prioritari assegnati.

Quanto sopra indicato dovrà essere parte della programmazione del livello di assistenza relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale, che le Aziende USL sono chiamate ad elaborare entro agosto 2005 secondo le indicazioni della D.G.R. 293/2005. Il programma aziendale, come stabilito dalla stessa deliberazione regionale, dovrà specificare il fabbisogno di prestazioni specialistiche, per ciascun distretto, il livello territoriale di erogazione delle prestazioni e le azioni necessarie per soddisfare il fabbisogno.

Un ambito speciale della programmazione è quello dell'assistenza odontoiatrica, interessata da un processo di riorganizzazione finalizzato ad aumentare il volume e la complessità delle prestazioni erogate, per la realizzazione del programma regionale stabilito dalla D.G.R. n. 2678/2004. Questa riorganizzazione, supportata da investimenti per il potenziamento del servizio, richiede anche agli specialisti odontoiatri un investimento in termini di professionalità e di partecipazione attiva alla progettualità.

Va sottolineato che l'Accordo collettivo nazionale individua tra gli strumenti per la realizzazione degli obiettivi di salute la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza e individua le équipes territoriali come strumenti attuativi della

programmazione sanitaria per la realizzazione di progetti e programmi finalizzati.

In questo ambito lo specialista ambulatoriale collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, partecipa ai programmi di deospedalizzazione e dimissione protetta e alla realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria sia con quella ambulatoriale ospedaliera.

Come per il precedente accordo, al fine di valutare i diversi singoli aspetti funzionali allo scenario sopra delineato, si assume l'orientamento di privilegiare l'analisi degli istituti contrattuali e normativi comportanti la necessità di approfondimento e di interpretazione correlata agli obiettivi e alle finalità che si intendono perseguire, rispetto agli istituti riferiti invece a norme di per sé esaustive.

Tutto ciò premesso si concorda sugli aspetti di seguito specificati.

Programma delle attività territoriali distrettuali e partecipazione degli specialisti ambulatoriali

Il programma delle attività territoriali, quale strumento di pianificazione del distretto, rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata attuata con le altre macrostrutture dell'azienda, sulla base delle risorse assegnate e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale.

Il programma delle attività territoriali distrettuali definisce i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati, i risultati di salute attesi, le attività previste, le risorse assegnate, la localizzazione dei servizi e i volumi qualitativi delle cure primarie, dell'assistenza specialistica e delle prestazioni sociosanitarie.

Tale programma, elaborato dall'Ufficio di coordinamento distrettuale ed approvato dalla Direzione generale, è sottoposto al parere obbligatorio del Comitato di Distretto, che verifica anche il raggiungimento dei risultati di salute.

I medici specialisti ambulatoriali, come concordato nel precedente accordo e come previsto dal D.Lgs. 229/99, sono parte attiva all'interno dell'Ufficio di coordinamento del distretto, per la definizione degli obiettivi e dei programmi di attività e la per verifica del loro raggiungimento, secondo le modalità di partecipazione disciplinate dagli accordi aziendali.

Art. 17 - Flessibilità operativa

L'Accordo prevede che le aziende possano adottare provvedimenti per realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario di servizio in sede aziendale e mobilità in sede interaziendale, finalizzati ad adeguare l'offerta al fabbisogno, sulla base dei criteri generali concordati nell'ambito dell'accordo regionale.

Qualora si rendano necessari interventi di riorganizzazione delle attività, per integrazione dei percorsi o per accorpamento o decentramento di funzioni o potenziamento anche temporaneo di servizi, le Aziende adottano provvedimenti di flessibilità operativa dell'orario di servizio.

Nel caso in cui lo specialista richieda la mobilità tra aziende, in presenza di consenso delle aziende interessate, i requisiti per l'individuazione tra più richiedenti sono:

- 1 - anzianità di servizio
- 2 - residenza
- 3 - particolari situazioni familiari (vedi anche legge 104).

Artt. 22 e 23

Si conviene che, secondo le norme dettate dall' ACN, la pubblicazione delle ore e la conseguente assegnazione dei turni

debba avvenire di norma a tempo indeterminato. Qualora sussistessero ancora turni vacanti, si farà riferimento ai commi 10 e 11 dell' art. 23 dell' ACN.

Gli incarichi a tempo determinato, non rinnovabili, potranno essere pubblicati esclusivamente per progetti finalizzati, con durata limitata nel tempo e comunque non superiore a 15 mesi. Le motivazioni che determinano la pubblicazione di suddetti incarichi saranno presentate in sede di Comitato Consultivo Zonale ex art. 24.

Art. 23 comma 13 - Trasformazione di incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato

L'Accordo collettivo nazionale prevede che le aziende, valutate la programmazione regionale dell'attività specialistica e il permanere delle esigenze organizzative e di servizio, possono trasformare gli incarichi già assegnati a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato. La trasformazione avviene sulla base delle intese definite con accordo regionale.

La legge finanziaria 2005, all'art. 1 comma 177, affida alle Regioni la definizione delle fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato, con i vincoli della riduzione della spesa pari ad almeno il 20% ed il limite del numero di ore di incarico attivate presso ciascuna azienda al 31.10.2004.

Si concordano, sulla base dei limiti indicati dalla normativa, i seguenti criteri:

- condizione preliminare ed indispensabile è il permanere delle esigenze assistenziali;
- altro elemento di valutazione necessario è il fabbisogno individuato con la programmazione regionale. Nell'ambito perciò della definizione dei programmi aziendali della specialistica ambulatoriale, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 293/2005, l'Azienda USL individua il fabbisogno di attività specialistica per lo sviluppo dei percorsi di presa in carico

presso gli ambulatori distrettuali e per l'integrazione con le forme associative dei medici di medicina generale;

- sulla base del fabbisogno così individuato vengono trasformati a tempo indeterminato gli incarichi che al 31/10/04 risulteranno formalmente assegnati ai sensi dell'Allegato 1 del DPR 271/2000 e con una anzianità di almeno 18 mesi continuativi.

Si conviene che il passaggio a tempo indeterminato va visto come momento di crescita professionale in quanto lo specialista si inserisce a pieno titolo nell'organizzazione aziendale, partecipando agli obiettivi aziendali. Lo specialista, pertanto, è tenuto tra l'altro ad aderire a quanto previsto dall'art. 33, comma 1, circa la formazione professionale e l'acquisizione di competenze ulteriori o integrative, strettamente correlate alle priorità individuate dalla programmazione aziendale.

Nella definizione dei Programmi della specialistica ambulatoriale, le Aziende hanno provveduto a definire il fabbisogno e le priorità sulla base delle quali trasformare gli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato.

Entro il 30 novembre le aziende USL individueranno gli aventi diritto in possesso dei requisiti sopra enunciati e con incarico ancora in corso, e predisporranno gli atti per il passaggio a tempo indeterminato, che avverrà a far data dal 1 gennaio 2006.

Il requisito dei 18 mesi dovrà essere posseduto alla data di adozione dell'atto di trasformazione dell'incarico da parte delle aziende.

Le trasformazioni successive, subordinate sempre al permanere delle esigenze assistenziali e all'individuazione del fabbisogno nell'ambito della programmazione aziendale ex D.G.R. n. 293/2005, riguarderanno gli specialisti titolari di incarico a tempo determinato, formalmente attribuito, anche successivamente al 31/10/04, che avranno maturato 18 mesi continuativi di anzianità di incarico.

Nel caso di più incarichi a tempo determinato conferiti allo stesso specialista nella medesima azienda sanitaria, allo stesso viene confermato l'incarico a tempo indeterminato per un numero di ore pari alla somma degli incarichi a tempo determinato, salvo ridefinire eventualmente, sulla base della programmazione aziendale, la sede di incarico per le ore per le quali non è stato maturata l'anzianità di 18 mesi.

Per il calcolo dell'anzianità di incarico non si sommano le eventuali ore di incarico conferite per progetti a termine o per il mancato permanere di esigenze assistenziali.

Si conviene che qualora lo specialista ricopra incarichi presso più aziende, la trasformazione di un incarico in un'azienda deve, poiché il rapporto di lavoro con il SSN è unico, comportare la trasformazione contestuale degli incarichi, previo accordo tra le aziende interessate e verifica del permanere dei bisogni assistenziali.

Art. 30 - Organizzazione del lavoro

La funzione di governo clinico è affidata come responsabilità complessiva al Direttore Sanitario ed è funzione principale dell'azienda sanitaria per assicurare la qualità assistenziale, l'efficienza tecnico-operativa e la distribuzione appropriata dei servizi.

Le Aziende, a seguito del precedente accordo e degli accordi aziendali, hanno individuato i Responsabili di branca, nella massima parte aziendali. Questi hanno operato quali referenti per la realizzazione del governo clinico sulla base degli obiettivi assegnati annualmente dalle aziende, partecipando a gruppi di lavoro su linee guida per specifiche patologie (glaucoma, cataratta, scompenso cardiaco cronico, diabete, asma bronchiale, ed altri programmi a sviluppo locale quali le urgenze in

endoscopia digestiva, su percorsi organizzativi di accesso alla specialistica di 2° livello o al day hospital e comunque utilizzando gli strumenti del governo clinico:

- linee guida condivise basate sulla medicina della evidenza;
- procedure definite;
- programma di miglioramento continuo della qualità;
- piani per la formazione professionale permanente;
- politiche per affrontare adeguatamente la scarsa performance;
- audit clinico;
- idonea documentazione sanitaria.

Anche per il presente accordo i Responsabili vengono individuati per le branche specialistiche caratterizzate da complessità tecnico-gestionale, cui è addetta una pluralità di specialisti, individuate in base ad accordi intercorsi tra la Direzione sanitaria Aziendale e le OOSS maggiormente rappresentative. Nel caso di branche di particolare complessità operativa e con un consistente numero di specialisti, nell'ambito degli accordi aziendali potranno essere individuati anche Referenti distrettuali per il governo clinico, che parteciperanno alla realizzazione degli obiettivi assegnati in stretto collegamento con il rispettivo Responsabile di branca.

Le Aziende, sulla base dell'organizzazione del sistema di produzione, in presenza di programmi assistenziali che prevedono una multidisciplinarietà di intervento, potranno individuare d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative un Responsabile di branca unico per le branche specialistiche interessate.

Il Responsabile di branca verrà individuato dagli specialisti all'interno della branca, preferibilmente tra i colleghi titolari di un congruo numero di ore. Saranno i professionisti a definire le modalità per l'individuazione del Responsabile di branca.

Il Responsabile di branca assume funzioni di proposta e di coordinamento tecnico-professionale, nell'ambito dei programmi di assistenza aziendali, partecipando alla elaborazione, implementazione, diffusione e applicazione delle linee guida. Partecipa quindi ai lavori finalizzati alla condivisione e alla redazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, al monitoraggio e alla verifica dell'attività, nell'ambito dei gruppi di lavoro aziendali, anche multidisciplinari, che prevedono i necessari confronti con gli altri servizi e/o dipartimenti e con i medici di medicina generale.

L'attuazione della funzione di Responsabile di branca non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria.

Al Responsabile di branca verrà riconosciuto un compenso omnicomprensivo che sarà proporzionalmente determinato sulla base dell'entità degli impegni assegnati ed in relazione agli obiettivi concordati.

Tale compenso è graduato tra il 4 e il 12 % della quota oraria (art. 42 punto A) ed è proporzionale al grado di realizzazione degli obiettivi che debbono essere raggiunti in funzione di:

- complessità dell'area specialistica presso cui viene svolta la funzione;
- numero di specialisti di branca coinvolti nei gruppi di lavoro, integrazione con altre funzioni o ambiti di attività (altre branche specialistiche, altri servizi specialistici);
- strumenti di governo clinico attivati e portati a termine secondo gli obiettivi concordati con la Direzione sanitaria aziendale.

La fascia minima del 4% è in relazione agli obiettivi concordati e riguarda di norma alcuni strumenti di governo clinico, mentre la graduazione massima del 12% è in relazione agli obiettivi concordati per tutti gli strumenti di governo clinico sopra elencati.

La verifica sull'attività svolta sarà effettuata dal Direttore Sanitario sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi concordati.

A) *L'assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale e i nuclei di cure primarie*

Specialisti e Nuclei di cure primarie

La partecipazione degli specialisti alla riorganizzazione delle Cure Primarie è stata affrontata da tutte le Aziende riguardo all'assistenza domiciliare integrata e all'assistenza nelle strutture residenziali per anziani, suddividendo i tempi di risposta delle consulenze per il MMG sulla base della priorità clinica. Presso alcune Aziende, nell'ambito dei NCP, sono stati realizzati percorsi di gestione integrata del diabete con consulenze oculistica e cardiologica dedicate, percorsi per lo scompenso cardiaco cronico, consulenza degli specialisti presso ambulatori per patologia, lettura ECG con refertazione, presenza all'interno dei NCP dello specialista cardiologo, percorsi di riabilitazione domiciliare e in strutture residenziali per anziani e disabili.

Si concorda sulla valutazione positiva delle collaborazioni instaurate e sulla opportunità di ampliare l'esperienza estendendola a tutti gli ambiti territoriali, in stretta collaborazione con i MMG.

La collaborazione degli specialisti è inserita nella programmazione delle attività finalizzate alla continuità assistenziale e viene realizzata:

- nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, nelle strutture residenziali, negli hospice territoriali,
- attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in particolare relativi alla patologia diabetica (in applicazione della circolare regionale n. 14/2003), all'ipertensione, allo scompenso cardiaco cronico, all'ictus,
- attraverso sperimentazioni di accesso diretto dello specialista nella sede delle forme associative dei MMG, per l'erogazione di prestazioni e consulenze, nell'ambito di programmi di monitoraggio clinico.

Quanto indicato può facilitare un accesso più appropriato agli ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri e alle tecnologie complesse, contribuendo a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, con un impatto positivo anche sulle liste di attesa.

B) La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali -

Sulla base del precedente accordo in molte aziende sono state sviluppate esperienze di coordinamento degli ambulatori specialistici, per attuare la programmazione almeno trimestrale delle attività, la semplificazione dell'accesso alla specialistica ambulatoriale (come da deliberazione regionale 2142/2000, che ha recepito l'accordo stipulato con le Organizzazioni sindacali mediche, compresi i medici specialisti ambulatoriali) e la presa in carico clinica ed organizzativa del paziente, attuata utilizzando anche una quota oraria predefinita autogestita.

Gli specialisti ambulatoriali, in alcune realtà, hanno inoltre collaborato ai percorsi di semplificazione dell'accesso e alla costruzione di percorsi ambulatoriali complessi (day service ambulatoriale, secondo le indicazioni regionali in via di predisposizione).

I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno assistenziale, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo l'onere per il cittadino dei finora troppo numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

L'attuazione di questi principi comporta interventi sugli assetti organizzativo-gestionali e sulle responsabilità clinico-assistenziali, rispetto ai quali gli specialisti garantiscono la collaborazione per concretizzare:

- la concentrazione delle prestazioni relative allo stesso problema clinico in un solo giorno, o comunque in un numero limitato di accessi programmati;
- l'individuazione della responsabilità di uno specialista per l'intero iter clinico assistenziale previsto nella struttura ambulatoriale;
- l'integrazione funzionale e, ove possibile, la concentrazione di attività in strutture ambulatoriali ospedaliere e distrettuali adeguate per attrezzature e personale, con presenza contestuale di più specialisti che offrano prestazioni diverse in tempi adeguati e siano in grado di

organizzare, se necessario, successivi accessi alla stessa o ad altre strutture sanitarie.

In particolare, in attuazione anche dell'art. 29 dell'Accordo collettivo nazionale, gli specialisti concordano sulla necessità di adottare la modulistica aziendale, finalizzata a ridurre il carico per il cittadino di accessi ripetuti per prescrizioni e prenotazioni.

C) Liste di attesa

Le liste di attesa costituiscono un elemento strutturale delle prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (come da DPCM 16 aprile 2002 allegato al DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza), che richiede azioni complesse ed articolate per conseguire gli obiettivi di trasparenza, facilitazione dell'accesso, risposta all'urgenza, rispetto dei tempi massimi stabiliti, secondo adeguate strategie di governo della domanda e di governo clinico, per applicare criteri di appropriatezza.

Per realizzare l'equità di accesso e l'attuazione dei LEA per i tempi di attesa si concorda sulla necessità di interventi per la gestione efficiente delle liste di attesa, con attenzione soprattutto alle prestazioni critiche, in particolare quelle con tempi di attesa superiori agli standard di 30 o 60 giorni, e agli interventi per garantire l'accesso alle prestazioni urgenti differibili.

Per queste ultime devono essere garantiti, fermo restando l'offerta programmata, **accessi aggiuntivi per visite e prestazioni urgenti finalizzati a raggiungere e mantenere lo standard dei 7 giorni di attesa stabiliti.**

Per il perseguimento di questo obiettivo, ai professionisti delle branche specialistiche interessate sarà riconosciuto l'orario aggiuntivo svolto e verrà inoltre corrisposto un compenso di 18 €

a prestazione aggiuntiva effettuata. Tale compenso sarà erogato mensilmente sulla base della rendicontazione dello specialista. Tutti gli specialisti sono tenuti a perseguire tale obiettivo in base alle esigenze dell'Azienda. I volumi di attività necessari, le modalità per l'accesso alle visite/prestazioni urgenti differibili aggiuntive e il relativo monitoraggio, saranno definiti dall'azienda unitamente ai Sindacati maggiormente rappresentativi, coinvolgendo gli specialisti interessati.

Progetto abbattimento liste di attesa in branche critiche per periodi limitati (art. 31 comma 4).

Si conviene che le Aziende possono adottare, in accordo con i sindacati maggiormente rappresentativi e con il coinvolgimento del Responsabile di branca, provvedimenti di contenimento delle liste di attesa, secondo modalità e con compensi concordati in sede aziendale, anche attraverso il ricorso all'overbooking o alla libera professione d'azienda.

Urgenze non differibili (24 h)

Le aziende, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, possono prevedere accordi a livello aziendale tesi a dare risposta alle urgenze 24h, prevedendo modalità di erogazione e relativi compensi.

Anche per gli accordi locali tutti gli specialisti sono tenuti a partecipare al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Art. 31 - Programmi e progetti finalizzati

In applicazione del precedente accordo, che prevedeva una prima fase sperimentale presso le aziende per la valenza innovativa di questa modalità di co-responsabilizzazione dello specialista rispetto ad obiettivi aziendali, presso alcune Aziende sono stati individuati Responsabili di programma o di progetto ai quali è stata affidata la responsabilità di gruppi di lavoro

interdisciplinari per il raggiungimento degli obiettivi individuati. Le esperienze hanno riguardato Responsabili di progetti locali (percorso nascita, tutela salute riproduttiva, oncologia ginecologica) e, in casi più limitati, anche responsabilità di strutture.

Si concorda sulla positività delle esperienze realizzate, e si individuano le aree di intervento prioritario rispetto alle quali strutturare i programmi o progetti aziendali:

- integrazione con le forme associative dei MMG per la consulenza presso gli ambulatori per patologia o la sede dei NCP (es. diabete mellito, scompenso cardiaco cronico) nell'ambito di percorsi condivisi;
- garantire, sulla base della programmazione definita nell'ambito del dipartimento di cure primarie, la consulenza specialistica extra moenia al paziente in assistenza domiciliare, ovvero presso le strutture residenziali o gli hospice territoriali, anche ai fini della deospedalizzazione e della dimissione protetta. Obiettivo è garantire la consulenza entro un arco di tempo definito dalla richiesta (3 giorni per ADI 2° e 3° livello e 7 giorni negli altri casi);
- sviluppo dell'attività ambulatoriale, cioè percorsi di semplificazione e day service ambulatoriale, tramite partecipazione degli specialisti al miglioramento dell'accesso alla prenotazione e all'organizzazione delle attività ambulatoriali tramite:
 - prenotazione degli accessi successivi,
 - programmazione almeno trimestrale delle agende,
 - condivisione di dati della scheda ambulatoriale con altri specialisti e/o con i MMG nell'ambito anche di progetti di informatizzazione (es. progetto SOLE),
 - gestione informatizzata di dati relativi ai piani terapeutici odontoiatrici, anche al fine di rilevare i

tempi di attesa previsti dal programma regionale per l'assistenza odontoiatrica,

- organizzazione delle attività (es. DSA) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta e tunnel carpale, in collegamento con i relativi dipartimenti ospedalieri.

Le parti concordano che ai partecipanti alle attività di cui sopra, al raggiungimento degli obiettivi concordati, sia riconosciuto un compenso corrispondente all'acconto della quota oraria di ponderazione di cui all'art. 42 lettera B, comma 5, di cui il 60% fisso e il restante 40% al raggiungimento degli obiettivi, previa verifica dei risultati, concordati in sede aziendale.

Si conviene che, per i progetti ADI, tale compenso sia aggiuntivo al normale compenso previsto dall' art. 32 dell' ACN.

Si conviene che talune forme di responsabilità (per programma-progetto o per direzione di unità operativa o di modulo organizzativo), già sperimentate con risultati positivi, vadano confermate ed eventualmente ulteriormente ampliate.

Il compenso per il Responsabile di programma/progetto, cui fanno riferimento gruppi pluridisciplinari, sarà determinato dalla Direzione aziendale sulla base degli obiettivi affidati e delle modalità di lavoro e di verifica concordate sulla base dell'accordo aziendale.

Le Aziende, in analogia al precedente Accordo regionale, possono prevedere l'affidamento di una Responsabilità di struttura organizzativa (unità operative o moduli organizzativi). Per tale incarico sarà previsto un compenso determinato con gli stessi criteri e modalità adottati per le responsabilità di programma/progetto e comunque analogo a quello previsto per il personale dipendente.

Le parti concordano che gli eventuali progetti/programmi già avviati alla data della presente intesa saranno compensati secondo quanto previsto da appositi accordi stipulati a livello aziendale.

Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale:

Rispetto dei livelli di attività programmata (art. 28 comma 5)

Lo specialista ambulatoriale assieme al Medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta e allo specialista ospedaliero concorre in modo determinante al corretto utilizzo delle risorse sanitarie disponibili.

L'adeguata dotazione strumentale degli ambulatori, l'aggiornamento professionale, l'implementazione delle linee guida e degli altri strumenti del governo clinico assicurano il miglioramento continuo dell'attività permettendo una maggiore capacità risolutiva dei problemi diagnostici e terapeutici da parte di tutti i medici coinvolti, limitando pertanto il ricorso al ricovero ospedaliero, agli ulteriori approfondimenti specialistici, alle visite di controllo ripetute.

Allo stesso modo è determinante l'apporto del medico specialista ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche in coerenza con le note AIFA e con la legge finanziaria n° 388/2000, che all'art. 85, comma 26, raccomanda le prescrizioni dei farmaci generici o comunque di quelli che, a parità di efficacia terapeutica, presentino un miglior rapporto costo beneficio.

In particolare, lo specialista ambulatoriale concorre in modo significativo all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso l'applicazione di linee guida, specie di quelle indicate a livello regionale (es. ecocolordoppler, MOC, diabete mellito, asma, antibioticoresistenza, prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio, o altri programmi a livello locale quali le epatiti croniche) e la partecipazione a

programmi aziendali di governo clinico (audit clinici, momenti di confronto strutturati con altri professionisti quali il farmacista facilitatore).

Lo specialista ambulatoriale collabora, insieme con gli altri professionisti sopra citati, al contenimento della spesa sanitaria e per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in coerenza con le note AIFA e con la prescrizione di farmaci generici o comunque di farmaci che, a fronte di equivalenza terapeutica, presentano un miglior rapporto costo/ beneficio (come stabilito dalla sopra citata legge finanziaria n° 388/2000). Collabora inoltre aderendo a specifiche altre misure individuate a livello aziendale (es. invio dei pazienti ai punti di distribuzione diretta per i farmaci suggeriti in seguito a visita specialistica ambulatoriale).

Lo specialista ambulatoriale concorre inoltre all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso la condivisione e

l'applicazione di linee guida aziendali e regionali basate sulla medicina dell'evidenza (vedi quelle sopra richiamate) e attraverso la partecipazione a programmi aziendali di informazione indipendente e di governo clinico, anche al fine di favorire momenti di confronto strutturati con altri professionisti.

Visto il ruolo fondamentale della farmacovigilanza in un percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva, anche lo specialista ambulatoriale, alla pari degli altri professionisti coinvolti, collabora a segnalare le reazioni avverse da farmaci in un'ottica di sempre maggiore attenzione ai rischi connessi con il loro uso.

Dalla rilevazione dei dati dell'assistenza specialistica ambulatoriale (flusso ASA) risulta elevato il numero di prestazioni di diagnostica strumentale complessa e delle visite di controllo: la percentuale delle visite di controllo presentano una variabilità dal 20% al 50% sul totale delle visite con una diversa variabilità nelle singole discipline.

Migliorare l'appropriatezza in questo ambito vuol dire ridurre il numero di prestazioni improprie, attraverso la definizione di protocolli di follow up concordati nell'ambito della branca e con i MMG, anche ai fini di un recupero di gestione efficiente delle agende ambulatoriali.

Si concorda che gli ambiti prioritari per la definizione dei livelli programmati di attività per l'assistenza specialistica sono: le visite oculistiche, diabetologiche, cardiologiche, la diagnostica radiologica e per immagini, o altri programmi a livello locale quali la diagnostica endoscopica, la diagnostica di laboratorio.

Le parti concordano che il compenso variabile correlato al raggiungimento degli obiettivi riferiti ai livelli di attività programmata sia determinato a livello aziendale, secondo gli indirizzi regionali e le priorità aziendali.

Art. 33 - Formazione continua

La formazione deve rappresentare uno strumento di dialogo e promozione dell'integrazione dello specialista ambulatoriale con le altre figure coinvolte nell'assistenza. Lo specialista ambulatoriale concorre con gli altri professionisti (aziendali) al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, mettendo al centro la persona ed i suoi bisogni, al fine di realizzare percorsi formativi interdisciplinari per la costruzione di percorsi assistenziali condivisi. Il piano annuale di formazione per gli specialisti ambulatoriali viene concordato perseguendo l'obiettivo della unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente, prevedendo una quota di ore di formazione, di cui si faranno carico le Aziende, su tematiche di interesse aziendale e su obiettivi prioritari.

Con il precedente accordo regionale si è concordato sull'opportunità di aumentare a 50 ore, rispetto alle 32 previste dall'accordo nazionale, il limite massimo di ore annue di

formazione: si conferma tale decisione anche per il presente accordo. Si prevede peraltro la possibilità di deroga al limite di 50 ore, sulla base di una specifica progettualità aziendale, per:

- iniziative di formazione di interesse aziendale/regionale
- lo sviluppo di percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche, (come successivamente specificato)
- conseguire un numero sufficiente di crediti formativi come previsto dalle normative nazionali.

La formazione di interesse aziendale, cui lo specialista è tenuto a partecipare (art. 33, comma 1), sarà in particolare programmata e finalizzata a sviluppare competenze professionali integrative per rispondere ai fabbisogni assistenziali individuati dai Programmi aziendali per la specialistica. Si conviene sull'opportunità della partecipazione di referenti per la formazione degli specialisti ambulatoriali, che partecipano, insieme agli altri referenti delle U.O. e dei dipartimenti dell'Azienda sanitaria, all'analisi dei bisogni formativi e alla costruzione del piano strategico di formazione, nell'ambito dei lavori e delle competenze del Servizio Formazione aziendale. Le proposte formative saranno formulate con riferimento alle priorità aziendali e regionali e perseguendo l'obiettivo dell'unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente.

Le aziende mettono a disposizione degli specialisti ambulatoriali, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative in un calendario, periodicamente aggiornato per consentire allo specialista di programmare la propria partecipazione. L'offerta complessiva dovrà attestarsi sul 70% del debito formativo annuale.

Lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi non compresi nella programmazione regionale ed aziendale, purché

accreditati ed inerenti, fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio e un massimo di 25 ore.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, oppure venga comunicata ma non effettuata o sia in ogni caso insufficiente a coprire il 70% del debito formativo, lo specialista avrà la facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, anche superando il limite delle 25 ore sopra indicate.

Circa le iniziative di formazione a distanza (FAD) lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi di formazione a distanza organizzati dall'Ausl o da provider esterni accreditati attinenti, ed in questo ultimo caso a proprie spese.

Al medico specialista ambulatoriale sono riconosciuti crediti didattici, equiparati ai crediti formativi, o eventuali esoneri, come previsto dalla DGR 1217/2004, allegato n. 1, nei seguenti casi:

- a) attività di docenza/tutoraggio nell'ambito della formazione aziendale e formazione sul campo;
- b) attività di tutoraggio in sede di attività professionale (ad es. tirocinanti per la Medicina di Base);
- c) attività di tutoraggio pre- e post- laurea (scuole di specializzazione), previo accordo tra Azienda ed Università per le parti di rispettiva competenza (come da all. 1 della DGR 1217/2004).

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) di cui al punto a) sia previsto un compenso orario o forfetario, da concordare in sede locale, equiparato a quello previsto per il personale dipendente.

Come previsto dalla DGR 1217/2004 è' riconosciuta la possibilità di ottenere crediti formativi operando nelle seguenti aree:

- audit clinico.
- Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmacovigilanza e al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione; in tali ambiti il ruolo dello specialista ambulatoriale dovrà essere valorizzato con specifici progetti-obiettivo (eventualmente in modo congiunto con i MMG o i Medici ospedalieri) e relativa eventuale pubblicazione scientifica dei risultati.

Si prevede, infine, la possibilità di sviluppare percorsi formativi, finalizzati ad acquisire competenze specifiche, coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali. In tale ambito si possono prevedere periodi di frequenza clinica ("addestramento", come da all. 1 della DGR 1217/2004) presso ospedali, cliniche universitarie o altre idonee strutture universitarie, anche in deroga alle 50 ore, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.

NORMA FINALE 1

Per tutti gli oneri derivanti dall'applicazione dell'accordo regionale e dei conseguenti accordi locali le Aziende dovranno fare riferimento al fondo di ponderazione aziendale calcolato secondo quanto indicato all'art.42 lettera B dell'ACN.

NORMA FINALE 2

Si conviene che la eventuale mancanza di copertura finanziaria sarà di pregiudizio all'applicazione dei progetti, dei quali andranno ponderate le priorità in relazione alle finanze certe e disponibili.

NORMA FINALE 3

Si conviene di comunicare annualmente alle OO.SS. maggiormente rappresentative l'entità del fondo di quota ponderata regionale e aziendale, anche ai fini della verifica dello stato di attuazione dell'accordo.

NORMA FINALE 4

Il presente accordo regionale si intende esteso anche alle categorie dei professionisti (biologi, chimici e psicologi), come previsto dall'A.C.N. 23.3.2005, salvo eventuali accordi integrativi regionali per definire le peculiarità di tali professionisti.

Assessore alle Politiche per la Salute

SUMAI

CISL Medici

CGIL FP Medici

UIL FPL

AUPI

SNUBCI

Federazione Medici Aderente UIL FPL

Giovanni Bissoni

Giacomo Pietranera

Marisa Faraca

Donatella Poggi

Paolo Messina

Bruno Taddei

Franca Franceschetti

Alessandro Chiari

ACCORDO INTEGRATIVO ALL'ACCORDO REGIONALE CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITA' SIGLATO IN DATA 15 NOVEMBRE 2005

Ai sensi della Norma finale n. 3 dell'accordo regionale con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità, a consuntivo dell'anno 2005, anno in cui è stata data completa attuazione all'ACN per gli incrementi contrattuali previsti e in cui sono state portate a termine le procedure per la trasformazione degli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato, è stata fatta una prima valutazione sull'entità del fondo di ponderazione regionale e aziendale, ai fini in particolare della quantificazione dei fondi disponibili per l'attuazione degli accordi aziendali. Per effetto dell'ACN il fondo di ponderazione regionale, calcolato secondo quanto indicato all'art. 42, lettera B, dell'ACN e sulla base delle ore di incarico all'1.1.2004, ammonta a circa 4,8 milioni di euro, cui vanno sommati, sempre ai sensi dell'ACN, le quote spese per la remunerazione degli accordi aziendali precedenti, pari a circa 600.000 euro (costi 2005), e le quote resesi disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale (quote di anzianità), pari a circa 200.000 euro (quote al 31.12.2005)

Le spese 2005 per la remunerazione delle prestazioni che costituiscono la quota variabile (lett. da b) a g) dell'art. 42 lettera B) ammontano a circa 1,9 milioni di euro, mentre le quote già previste come acconto ammontano a circa 3 milioni di euro (da remunerare, secondo l'accordo regionale, al 60% fisso e al restante 40% al raggiungimento degli obiettivi indicati per l'art. 31). Si evidenzia che i costi per la remunerazione della quota di acconto sono sovrastimati, in quanto sono calcolati su tutte le ore di incarico al 31.12.2005, come fossero tutte a tempo indeterminato.

Nell'accordo regionale siglato il 15 novembre 2005, si è concordato (v. Norma finale n. 1) che per tutti gli oneri derivanti dall'applicazione dell'accordo regionale e dei conseguenti accordi locali le aziende dovranno fare riferimento al fondo di ponderazione aziendale calcolato secondo quanto indicato all'art. 42, lettera B, dell'ACN.

La rilevazione fatta per l'anno 2005 evidenzia che l'ammontare complessivo del fondo regionale restante per la remunerazione degli accordi aziendali è di circa 600.000 euro (v. tab allegata), non superiore quindi al costo complessivo degli accordi aziendali 2005, e che per alcune aziende il fondo non consente alcuna disponibilità, essendo a quota negativa.

Si concorda pertanto di rivalutare il fondo di ponderazione considerando in maniera dinamica il numero delle ore da utilizzare per calcolarlo. Si utilizzano quindi, per il fondo di ponderazione 2006, le ore di incarico al 31.12.2005, con una rivalutazione dello stesso pari a circa 300.000 euro.

Si concorda che i compensi per la responsabilità di programma/progetto, prevista nell'accordo regionale per l'art. 31, o per altre responsabilità organizzative stabilite a livello aziendale, vanno considerati al di fuori del fondo di ponderazione, in quanto tali attività sono finalizzate ad obiettivi aziendali a valenza più generale e non solo collegati all'accordo.

Non vanno inoltre conteggiati, all'interno dei costi degli accordi aziendali, i compensi dovuti per i responsabili di branca da considerarsi separatamente. Le quote di remunerazione degli accordi aziendali 2005, comunicate dalle Aziende (per una somma complessiva di circa 600.000 €, vedi tabella allegata) vanno quindi ricalcolate decurtando da queste i compensi per i responsabili di branca. Va rideterminata anche la disponibilità residua del fondo di ponderazione, di cui alla tabella allegata, all'interno della quale sono compresi i costi degli accordi aziendali.

Si lascia comunque la possibilità alle aziende di finanziare gli ulteriori obiettivi aziendali anche integrando il fondo con risorse aggiuntive, all'interno comunque delle disponibilità di bilancio.

Da parte sindacale è stato inoltre evidenziato il problema dell'applicazione dell'accordo regionale per l'art. 31, "Programmi e progetti finalizzati", nella parte relativa alla quota oraria di ponderazione di cui alla lettera B), comma 5, dell'art. 42 dell'ACN (circa 3 milioni di euro a livello regionale). La corresponsione del 40% di tale quota è stata subordinata, sulla base di quanto sottoscritto nell'accordo regionale, "al raggiungimento degli obiettivi, previa verifica dei risultati, concordati in sede aziendale". Si concorda, sulla base delle richieste di parte sindacale, che il riconoscimento di tale quota avverrà per intero, previa adesione formale da parte di ogni singolo specialista agli obiettivi indicati nell'accordo regionale:

obiettivo 1: integrazione con le forme associative dei MMG

obiettivo 2: consulenza specialistica extramoenia (ADI 2° e 3° livello)

obiettivo 3: sviluppo dell'attività ambulatoriale ai sensi della DGR 2142/2000.

Assessore alle Politiche per la salute

SUMAI

CISL Medici

CGIL FP medici

Federazione medici aderente UIL FPL

Giovanni Bissoni

Giacomo Pietranera

Marisa Faraca

Donatella Poggi

Alessandro Chiari

Aziende sanitarie	Ore annuali di incarico al 31.12.2003	Ore annuali di incarico al 31/12 /2005	fondo ponderaz con ore al 31.12.03	fondo ponderaz con ore al 31.12.05	stima quota di acconto 2006 (*)	spese quota variabile 2005*	costi accordi aziendali 2005	anzianità	disponibilità residua F.P su 2003	disponibilità residua F.P su 2005
Piacenza	43.644	44.408	212.763	216.489	131.004	54.900	15.000	35.104	76.963	80.689
Parma	88.836	90.973	433.076	443.493	268.370	224.243	23.500	0	-36.038	-25.620
Reggio Emilia	116.428	121.646	567.587	593.024	358.856	323.720	36.719	4.407	-73.863	-48.425
Modena	185.949	195.663	906.503	953.857	577.206	297.016	31.974	6.452	70.707	118.061
Bologna	224.143	236.831	1.092.699	1.154.553	698.653	317.724	98.262	31.050	205.634	267.488
Imola	18.304	20.301	89.232	98.966	59.887	76.350	23.057	4.737	-19.211	-9.477
Ferrara	94.588	91.520	461.117	446.160	269.984	184.797	131.802	30.102	168.240	153.283
Ravenna	60.918	72.410	296.975	352.999	213.610	97.259	206.097	20.638	212.842	268.865
Forlì	38.324	41.730	186.830	203.434	123.104	147.418	16.175	17.966	-49.551	-32.947
Cesena	45.058	52.208	219.658	254.514	154.014	81.717	0	4.258	-11.815	23.041
Rimini	61.776	64.116	301.158	312.566	189.142	101.119	13.286	25.076	49.259	60.666
Totale Regionale	977.968	1.031.806	4.767.596	5.030.055	3.043.828	1.906.263	595.872	179.790	593.167	855.626

nota (*): la stima della quota di acconto è per eccesso, in quanto calcolata su tutte le ore di incarico, come fossero tutte a tempo indeterminato

nota *: compresi assegni ad personam a garanzia dei livelli retributivi

Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i professionisti biologi, chimici e psicologi ambulatoriali

Premessa

Il presente Accordo regionale si applica ad integrazione di quello sottoscritto fra i medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità e la Regione Emilia-Romagna il 15.11.2005, per tutto ciò che riguarda la specificità del ruolo sanitario di **biologi, chimici e psicologi ambulatoriali**.

Premesso che la specificità degli interventi di questi ultimi, effettuati in regime convenzionato, prevede che un'adeguata risposta in termini di salute si sviluppi in un ambito temporale che raramente si esaurisce in un'occasionale prestazione e più facilmente richiede interventi prolungati (almeno alcuni mesi) che hanno, come base indispensabile, l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e la costanza del professionista di riferimento, si auspica, così come già specificato per i medici specialisti ambulatoriali, il graduale superamento dei rapporti a tempo determinato, anche di tipo libero-professionale, in quanto questo tipo di rapporto non consente di offrire una risposta adeguata in termini di salute alla popolazione.

L'accordo regionale si pone come strumento per sviluppare il sistema della salute e del benessere complessivamente intesi, con prestazioni sia territoriali sia ospedaliere, nell'ambito di una programmazione dei Servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale.

Al fine di garantire:

- una corretta ed appropriata gestione clinica dei pazienti
- l'utilizzazione delle linee guida regionali - e aziendali ove esistenti - per la diagnosi ed il trattamento di specifiche patologie
- il contenimento della spesa sanitaria, evitando la duplicazione degli interventi e la discordanza degli stessi

- a) per gli psicologi si ritiene più proficuo l'inserimento a pieno titolo all'interno dei Dipartimenti/Servizi di riferimento in relazione all'organizzazione aziendale
- b) per i biologi e i chimici si ritiene proficuo l'inserimento a pieno titolo all'interno dei Dipartimenti/Servizi di riferimento in relazione all'organizzazione aziendale
- c) all'interno di tutti questi Servizi, i biologi, i chimici e gli psicologi convenzionati, al pari dei colleghi dipendenti, hanno il dovere di rispettare le prassi in atto e di inserirsi nel lavoro multidisciplinare; devono, altresì, collaborare alla corretta gestione organizzativa del Servizio di cui fanno parte.

Tutto ciò premesso si concorda sugli aspetti di seguito specificati

Programma delle attività territoriali distrettuali

Il programma delle attività territoriali quale strumento di pianificazione del Distretto, rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata attuata con le altre macrostrutture dell'azienda, sulla base delle risorse assegnate e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale.

Il Distretto, nella definizione del programma delle attività territoriali, sulla base delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale e delle risorse assegnate, individuerà con il Servizio di appartenenza gli obiettivi e le azioni riferite ai professionisti.

A seguire la specificazione degli articoli su cui interviene il presente accordo

Artt. 17, 22, 23 compreso comma 13

Come per i medici specialisti ambulatoriali, con la variazione del termine "medico" o "specialista ambulatoriale" (usato per designare i professionisti del ruolo medico) in "professionisti biologi, chimici e psicologi ambulatoriali".

Art. 29 – Doveri e compiti del professionista ambulatoriale

I biologi, i chimici e gli psicologi convenzionati concorrono in modo significativo all'obiettivo dell'appropriatezza clinica attraverso la condivisione e l'applicazione di linee guida, specie di quelle indicate a livello regionale, e la partecipazione a programmi

aziendali di governo clinico (audit clinici, momenti di confronto strutturati con altri professionisti, anche dipendenti di ruolo).

Art. 30 – Organizzazione del lavoro

La funzione di governo clinico è affidata come responsabilità complessiva al Direttore Sanitario ed è funzione principale dell'Azienda Sanitaria per assicurare la qualità assistenziale, l'efficienza tecnico-operativa e la distribuzione appropriata dei servizi.

Per i professionisti biologi, i chimici e gli psicologi convenzionati il governo clinico si realizza all'interno dei Servizi cui sono stati assegnati utilizzando gli strumenti del governo clinico:

- linee guida regionali o aziendali condivise;
- procedure definite;
- programma di miglioramento continuo della qualità;
- piani per la formazione professionale permanente;
- politiche per affrontare adeguatamente la scarsa performance;
- audit clinico;
- idonea documentazione sanitaria.

Nell'ambito degli accordi aziendali potranno essere individuati anche fra i professionisti biologi, chimici e psicologi convenzionati, i Referenti per il governo clinico, che parteciperanno alla realizzazione degli obiettivi assegnati in stretto collegamento con i Responsabili dei Servizi in cui essi operano.

La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno assistenziale, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate all'interno del Dipartimento/Servizio/Unità

Operativa in cui i professionisti operano, riducendo l'onere per il cittadino dei finora troppo numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

Art. 31 – Programmi e progetti finalizzati

I professionisti convenzionati, in quanto integrati nei Servizi, partecipano alle attività incentivanti individuate a livello di Dipartimento/Servizio/Unità Operativa attraverso progetti obiettivo o azioni programmate, analogamente a quanto avviene per il personale dipendente. Tali obiettivi sono retribuiti dalla quota variabile dello stipendio nella misura prevista dall'accordo aziendale mediante apposito fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie.

Art. 33 - Formazione continua

Come per i medici specialisti ambulatoriali, con la variazione del termine "medico" o "specialista ambulatoriale" (usata per designare i professionisti del ruolo medico) in "professionisti biologi, chimici e psicologi convenzionati".

Art. 35 – Diritto all'informazione e consultazione fra le parti

Con il presente accordo si conviene di istituire un tavolo di confronto tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. dei professionisti biologi, chimici e psicologi convenzionati che si riunisce almeno una volta all'anno per valutare lo stato di attuazione dell'art. 35 dell'A.C.N.

APPLICAZIONE DELL'ACCORDO AGLI PSICOLOGI PROVENIENTI DAL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

In applicazione dell'art. 13, comma 1, il rapporto di lavoro degli psicologi provenienti dal Ministero della Giustizia, i cui rapporti convenzionali sono stati trasferiti al S.S.N. con il D.M. 10 aprile 2002 e che operano nell'attività penitenziaria di assistenza ai tossicodipendenti detenuti, è convertito in rapporto a tempo indeterminato per il numero di ore di incarico attualmente in essere.

Tale riconoscimento si attua anche per gli incarichi già conferiti dalle Aziende sanitarie successivamente al trasferimento delle funzioni di assistenza ai tossicodipendenti detenuti, ai sensi degli artt. 6 e 8 del D.Lvo 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della Legge 419/1998".

La conversione a tempo indeterminato avrà decorrenza dal 1 ottobre 2006, con riconoscimento dell'anzianità per il periodo svolto, anche presso il Ministero della Giustizia, senza soluzione di continuità sino alla data della trasformazione del rapporto di lavoro.

DICHIARAZIONE A VERBALE

Le parti rappresentative dei professionisti auspicano che la trattativa per il prossimo accordo regionale avvenga ad un unico tavolo con i medici specialisti ambulatoriali.

Assessore alle Politiche per la Salute

Giovanni Bissoni _____

AUPI

Bruno Taddei _____

SNUBCI

Franca Franceschetti _____

12.settembre 2006

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola del Comunale S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Bettini S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

Libreria Feltrinelli – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

Avvertenza – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.