



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA
EMILIA ROMAGNA

Accordo Regionale ex A.C.N. 23 MARZO 2005

PARTE SECONDA: NORMATIVO E TARIFFE

A brevissimo la delibera di Giunta Regionale che renderà esecutivi i patti sottoscritti.

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 2 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.

C. 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.

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

C. 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

C. 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.

C.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.

C. 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.

C. 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:

C. 1) Riconoscere, anche in accordo con l'Università per le parti di rispettiva competenza, attività formative del medico di M.G. nelle seguenti aree:

a) Insegnamento universitario di base prelaurea
b) Tirocinio valutativo preabilitazione alla professione medica

c) Formazione specifica in Medicina generale

d) aggiornamento ed audit

e) ricerca clinico epidemiologica e sperimentazione

C. 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 N.C.P. di cui al punto 5 ACR prima parte, condividendo la scelta che il coordinamento tecnico organizzativo dello stesso sia affidato ad un medico di M.G.

L'impegno dei medici di M.G. coinvolti nelle attività didattico formative di cui al presente articolo, è retribuita secondo la tariffe fissate nella tabella allegata al presente accordo (Allegato n° 8)

Art. 29 Funzioni della medicina generale

C. 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

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 € 38,62.

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

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 carenza 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

(Continua a pagina 2)

l'avviso pubblicato sul BUR, è riconosciuto un compenso forfetario onnicomprensivo di € 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 C.A. al punto ("Utilizzazione del Servizio di Continuità assistenziale")

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).

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 A. P.

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.

C. 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 zone incarichi carenti

I medici interessati possono inoltrare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi alle Aziende USL 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 ASL 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

C.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.

C.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.

C. 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

C. 2) In via ordinaria la sostituzione tra medici avviene secondo il rapporto: 1 titolare/1 sostituito. In caso di difficoltà a reperire sostituti, o in particolari periodi dell'anno, è possibile la sostituzione di due medici titolari con un medico sostituito, 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 sostituito 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.

C.12) Il medico sostituito deve informare i propri assistiti relativamente alla durata della sostituzione, al nominativo del sostituito, 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.

(Continua a pagina 3)

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

C.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

C. 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,

C. 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

C. 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 revocche intervenute successivamente al mese di ottobre 2004.

Agli stessi medici sono riconosciute le quote per revocche 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.

C. 4) - L'esercizio di attività libero professionale strutturata, eccedente le 5 ore settimanali, non può determinare una riduzione del massimale di scelte inferiore a 1.300; 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.

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

C. 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.

C. 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

C. 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

C. 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.

C.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 e 12) 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 ricasazione della scelta

C. 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 - Revocche d'ufficio

C.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.

C.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 revocche per decesso e/o dell'attribuzione di scelte decorrenza non superiore ad un anno.

C.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

C.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

ADI comma1 a) ADP comma 1 b) ADR comma 1 c)

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 che include anche le modifiche degli Allegati G) e H) dell'ACN, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo:

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

ADI comma1 a) ADP comma 1 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:

di medicina generale; di medicina specialistica; infermieristiche domiciliari e di riabilitazione; di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio

(Continua a pagina 4)

sociale; di assistenza sociale.

C.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.

C.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

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.

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

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

C. 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:

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; 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 M.M.G. per la riconsegna al Distretto;

attiva le eventuali consulenze specialistiche;

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

C. 1). L'assistenza può essere sospesa sia dal medico di assistenza primaria, che dall'azienda, con decisione motivata condivisa, con preavviso di almeno 7 gg., 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

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 aggiuntivo per accesso:

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

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

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) comma 2.

Art. 6 Modalità di pagamento

C.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.

C.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.

C. 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

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

C.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

C.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 NCP, 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 DCP.

Assistenza domiciliare Residenze protette e collettività ADR

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 ACR ex DPR 270/00, art. 40 sono stati ulteriormente sviluppati attraverso il riconoscimento delle forme associative (medicina in rete e medicina di gruppo), come strumento prioritario per il conseguimento dell'obiettivo di integrazione multiprofessionale, su cui si basa il modello assistenziale N.C.P., così come definito al punto 5 del documento sottoscritto il 10.5.2006.

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 all'ACR prima parte, 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), purché non in contrasto con le caratteristiche organizzative del NCP di cui al citato punto 5.

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 C.A.
- 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 NCP, i M.M.G. 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 (MMG ,P.L.S, MCA, 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 NCP e limitate a prestazioni previste da accordi locali od approvate dal CA, 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 M.G.G. e P.L.S., sono demandate ai C.A.

Il singolo MMG 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 x 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

C. 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 settimanale di almeno 35 ore complessive per il periodo di un anno, fatte salve diverse determinazioni in sede di accordo locale..

Personale infermieristico:

Medico singolo o in rete: 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 l'infermiere è richiesta l'iscrizione all'Albo professionale

Medicina di Gruppo: impegno minimo non inferiore a 2 ore giornaliera

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.

D) comma 2:

Assistenza nelle Zone disagiatissime e disagiate.

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 €/ assistito/anno per le zone disagiate;

4€/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.

Norma finale n.15

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 onnicomprensiva di € 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.

Disposizione 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.

Disposizione finale n.2

Gli effetti economici delle voci retributive indicate nel presente Accordo – parte seconda, se non diversamente indicato nell'articolato, decorrono dall' 1.9.2006.

Disposizione 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.

Disposizione finale n.4

Le tariffe per le attività convenzionali di partecipazione dei MMG previste dall'accordo regionale sono indicate nel documento allegato 5.

Allegato 4 ACR

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE EX ACN 2005

A) Prestazioni eseguibili senza notificazione e preventiva all'azienda

1.Prima Medicazione su ferita non precedentemente medicata 15 €

2.Sutura di Ferita Superficiale co. 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 Vaccina Antitetanica 7,5 €

11.Iniezione Sottocutanea Desensibilizzante (dotazione frigorifero) 12

12.Tampone Faringeo, 0,64 €

B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Aziendale

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., Zootter, Ecc. 7,5 €

C) Nuove Prestazioni aggiuntive ex ACR 2005

1)Endovena Urgente 7,5 €

2)Courttage 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) Asportazione di tappo di cerume (in Casa Protetta) 10 €

10) Incisione Ascesso (in Casa Protetta) 20 €

11) Artrocentesi o Evacuazione ematoma 20 €

12) Posizionamento Sondino naso gastrico 20 €

13) Rimozione Apparecchio Gessato o Bendaggio Contentivo 20 €

14) Ecografia Generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario aziendale 40

15) Ecografia generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario del M.G. 61

16) Holter Pressorio (progetto aziendale) dotazione strumentario aziendale 40

17) Holter Cons Strumentario dotazione strumentario del M.G. 62

18) Sutura Ferita Superficiale con cerottazione 5

19) Emotrascusione Assistenza + Accesso Per Prove Crociate

Allegato n. 6

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

segue a pagina 6

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'equipe 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 cui all'allegato n.7, ridotte del 30%, ad esclusione del "tappo di cerume" che rimane a tariffa intera.

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, iscritti nell'elenco dello stesso medico che svolge attività di diagnosi e cura ed occupanti posti non convenzionati, 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 € 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:

c) se, nell'ambito della stessa struttura sono ospitati fino a tre pazienti dello stesso medico, gli accessi programmati sono compensati a termini convenzionali;

d) 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 €, 35,00.

RSA

Il compenso previsto per il medico incaricato è pari a € 35,00 orarie, fatti salvi diversi accordi aziendali, ed è comprensivo di tutte le prestazioni di particolare impegno professionale. L'eventuale disponibilità del MMG 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.

Per mancanza di spazio non è stato possibile inserire nel testo la tabella contenente le tariffe orarie per la tariffe attività convenzionali partecipative dei medici di medicina generale:

- 1) Coordinatore/Referente Ncp —
- 2) Referente Coordinatore per la M.G.
- 3) Collegio di Direzione aziendale
- 4) Animatore di Formazione
- 5) Tutor Formazione specifica
- 6) Tutor per il tirocinio pre e post Laurea —
- 7) Commissioni professionali
- 8) Medici UCAD
- 9) Comitato Regionale
- 10) Comitato Aziendale
- 11) Commissioni ex ACN – ACR
- 12) Collegio arbitrale
- 13) Attività oraria Case protette di coordinamento ed organizzazione

Il testo dell'accordo completo comprensivo della prima e seconda parte dell'accordo e della Continuità Assistenziale, sarà pubblicato in un fascicolo unico di prossima pubblicazione.