

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 6 settembre 2010.

Accordo regionale di assistenza primaria.**L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, contenente "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al biennio economico 2006-2007, sottoscritto in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010 per la parte relativa al biennio economico 2008-2009;

Visto l'accordo regionale intervenuto in data 12 agosto 2010 tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria, ratificato in pari data dal comitato permanente regionale di medicina generale, come da verbale redatto nella predetta seduta, relativamente alla disciplina degli istituti di assistenza primaria demandati alla contrattazione decentrata;

Considerato che gli effetti economici di cui al presente accordo decorreranno dalla data di pubblicazione dello stesso nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1

È reso esecutivo l'accordo regionale di assistenza primaria, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria il 12 agosto 2010 e ratificato in pari data dal comitato permanente di medicina generale, come da relativo verbale, in relazione agli istituti normativi ed economici di cui al capo II - assistenza primaria - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010.

Art. 2

Gli effetti finanziari di cui al presente accordo regionale di assistenza primaria decorreranno dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti e troveranno capienza nelle quote attribuite alle aziende unità sanitarie provinciali con l'assegnazione di Fondo sanitario regionale.

Art. 3

Il presente accordo rimane valido fino al 31 dicembre 2011 e, comunque, fino alla stipula del nuovo accordo regionale per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla ragioneria centrale dell'Assessorato della salute e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 6 settembre 2010

RUSSO

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della salute in data 23 settembre 2010 al n. 151.

Allegato**ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA****Premesse**

La Regione siciliana, nel rispetto dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ed in armonia con il dettato normativo della legge regionale n. 5/09, nell'intento di un uso appropriato delle risorse, in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria territoriale, stipula, con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale, il presente accordo.

Il presente documento, delinea gli scenari attuativi generali dell'A.C.N. - Accordo collettivo nazionale 2009, e ribadisce il ruolo centrale del medico di medicina generale (M.M.G.) quale garante e gestore della salute globale del cittadino nel territorio, attraverso compiti e programmi di prevenzione, riduzione del rischio clinico, educazione sanitaria, potenziamento della gestione delle cronicità e delle cure domiciliari, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.

Le parti, quindi, condividono l'esigenza:

- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, facendo nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
- di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi socio-assistenziali;
- di razionalizzare la spesa farmaceutica, per quanto di competenza della medicina generale;
- di riqualificare l'assistenza domiciliare al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione;
- di promuovere il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure al fine di ridurre il rischio di incorrere in danni conseguenti al trattamento, nel rispetto delle reciproche funzioni istituzionali dei diversi attori.

Inoltre concordano sull'opportunità di promuovere:

- la formazione continua del medico, condivisa;
- la riorganizzazione e la riqualificazione delle forme associative, per un migliore accesso ai servizi da parte dell'utenza;
- alcune prestazioni aggiuntive tese ad aumentare tale accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito;
- la costituzione di forme di lavoro innovative come momento organizzativo funzionale (A.F.T.) e strutturale (U.C.C.P.) finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori del S.S.R. (medici di medicina generale, continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali del distretto e dei presidi ospedalieri, operatori dei distretti e dei presidi ospedalieri, specialisti convenzionati esterni);
- l'integrazione e l'adesione al sistema informativo socio-sanitario, con modalità concordate;
- l'integrazione con il distretto.

Le parti in trattativa concordano sulla necessità di intraprendere uno sforzo comune che si basi su alcuni capisaldi fondamentali di innovazione del sistema di relazioni tra i medici di assistenza primaria e gli altri attori del S.S.R.

La sostenibilità economica del S.S.N. rappresenta un vincolo consistente per le scelte di politica sanitaria e vi è bisogno di uno sforzo comune per transitare da un periodo di profonda crisi economica e sociale, della quale il Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale (decreto 6 agosto 2007) è stata soltanto un'espressione, verso uno scenario più favorevole che consenta effettivo sviluppo del S.S.R.

L'impegno di tutte le componenti del sistema assistenziale nel periodo di vigenza di questo accordo è e deve essere quello di eliminare i costi collegati agli aspetti di minore qualità dell'assistenza (prestazioni non appropriate) nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA): è quindi diventata prioritaria l'individuazione di azioni da mettere in campo per garantire i livelli assistenziali e la qualità

di erogazione dell'assistenza su standard quanto più possibile elevati, nel rispetto della compatibilità economica e dei ruoli svolti da tutti gli attori del S.S.R.

Il nuovo A.C.N. 2009 rinforza maggiormente il concetto della centralità delle cure primarie, dell'appropriatezza e del governo clinico da intendersi come sviluppo di logiche di governance tra le componenti gestionali del sistema, che mirano all'efficienza, con le componenti tecnico-professionali, naturalmente orientate all'efficacia, e ciò per garantire salute e adeguati standard assistenziali al paziente-utente.

Esso sottolinea inoltre, a fronte dell'aumentare della complessità organizzativa e tecnologica, la necessità di sviluppare un sistema di relazioni tra diverse professionalità e diversi livelli di cura ed evidenza nella continuità dell'assistenza e nell'integrazione tra professionisti l'obiettivo operativo da realizzare a breve scadenza.

Per ridurre il ricorso inappropriato all'assistenza ospedaliera, è necessario che l'utente-paziente trovi una risposta adeguata e tempestiva ai propri bisogni nel territorio. Proprio in ragione di ciò la continuità dell'assistenza e l'adeguato potenziamento e riqualificazione dell'associazionismo diventano i capisaldi di una politica di prevenzione dell'ospedalizzazione.

L'integrazione tra professionisti e tra diversi livelli assistenziali deve giocarsi su vari piani:

- culturale, e l'affermarsi delle logiche di audit integrati per concordare strategie, azioni e protocolli comportamentali comuni ne rappresentano il caposaldo;

- organizzativo-operativo, e la gestione integrata, con percorsi assistenziali condivisi costituiscono uno strumento insostituibile in tale direzione;

- comunicativo e informativo, ed in questo campo l'uso di strumenti di comunicazione sulla gestione dei pazienti e lo sviluppo di un idoneo sistema informativo risultano essere una sfida improcrastinabile dell'immediato futuro per la Regione e per tutte le componenti assistenziali.

Potenziare le cure primarie è un interesse di tutte le componenti del sistema, dato che le logiche ospedale-centriche penalizzano in primis le stesse componenti specialistiche interne agli ospedali, che si occupano anche di casistica generale e non adeguata al potenziamento specialistico ivi presente. Riqualificare le cure primarie va, quindi, di pari passo con riqualificare l'ospedale, riportandolo alla primaria funzione di gestione dell'acuzie e proiettandolo verso un maggiore sviluppo delle funzioni specialistiche.

Rinnovare il sistema delle cure primarie, infine, significa accettare una sfida di rinnovamento profondo anche degli aspetti strutturali ed organizzativi, ed in questa direzione il nuovo A.C.N. 2009 apre prospettive importanti con le nuove forme aggregative, le A.F.T. - Aggregazioni funzionali territoriali, e le U.C.C.P. - Unità complesse di cure primarie. Con tali formule, che bisognerà tempestivamente attivare anche nel nostro sistema regionale, si vuol fare emergere il concetto del M.M.G. come attore interno, con una precisa responsabilità non solo "verso" ma anche "dentro" il sistema. Lo scenario aperto in tale direzione dal nuovo A.C.N. è una sfida irrinunciabile, rappresentando un ulteriore strumento ed un'ulteriore opportunità di profonda riqualificazione delle cure primarie.

In tale contesto appare essenziale che le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione di tutte le prestazioni indotte, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali più qualificati, efficaci e rispondenti a domande inedite.

Altresì appare pre-requisito opportuno che tutti gli operatori del S.S.R. debbano potersi "misurare" (sistemi di audit) con adeguati sistemi di reportistica e di valutazione dei risultati ottenuti mediante sistemi informativi ed informatici per poter implementare modelli condivisi di governo clinico almeno per quelle patologie a maggiore impatto e prevalenza. Tutto ciò renderà sempre più possibile la corresponsabilizzazione da parte dei singoli operatori sanitari in ogni fase del percorso assistenziale basandosi su una valutazione del loro operato in base a indicatori e standard prefissati e finalizzati alle performance raggiungibili nel territorio, determinando un circolo virtuoso che possa permettere una maggiore razionalizzazione e qualificazione delle cure offerte dal S.S.R.

Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute attraverso il Comitato regionale permanente, fermo restando che l'Assessorato, avvalendosi anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, predisporrà per ogni singola A.S.P., indicatori di struttura, di processo e di risultato per verificare annualmente il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo.

Per facilitare l'attuazione dell'Accordo saranno attivati tavoli di approfondimento finalizzati alla definizione dei dettagli tecnici ed operativi dell'A.I.K. e degli strumenti di supporto allo sviluppo dei temi tecnico-professionali (Linee di indirizzo comportamentali con modalità attuative, procedure e strumenti di verifica), ferme restan-

do le funzioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva svolte dallo specifico osservatorio regionale, costituito secondo quanto previsto dall'art. 1 dell'A.C.R. 12 gennaio 2004, confermato dall'A.C.R. 8 agosto 2007 e dalla legge regionale n. 12/2007, art. 9, commi 13 e 15.

Art. 1

L'associazionismo

1. Le forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale nelle strutture di più professionisti per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi, sono disciplinate dall'art. 54 del A.C.N., al quale si rimanda.

2. Le forme associative rappresentano un fattore determinante nella realizzazione di una qualificata continuità assistenziale sul territorio, integrandosi con i servizi e le attività territoriali ed ospedaliere, in coerenza con la programmazione locale, e con quanto in corso di attuazione nel campo della riorganizzazione delle cure primarie, con particolare riferimento alla realizzazione ed al funzionamento dei P.T.A. - Presidi territoriali di assistenza, per quanto concordato tra le parti.

3. Le forme associative contribuiscono a garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza o ad alto carico assistenziale, con l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per l'uso della diagnostica e dei farmaci, in particolare a maggiore variabilità prescrittiva ed a maggiore costo, anche con momenti di verifica periodica, e attraverso il pieno sviluppo delle forme aggregative indicate dal nuovo A.C.N. 2009, e in particolare le aggregazioni funzionali territoriali, di cui all'art. 26 bis del suddetto accordo.

4. I M.M.G., che operano in forma associata:

a) devono operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta, entro la stessa A.S.P.; nel caso di ambito territoriale limitato occorrerà il parere del comitato consultivo aziendale;

b) devono impegnarsi a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

c) devono garantire ai propri assistiti la conoscenza della accessibilità a ciascun medico dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei servizi delle prestazioni rese, da consegnare agli assistiti secondo un modello concordato con l'A.S.P.;

d) devono dare comunicazione degli orari di studio di tutti i medici della forma associativa all'A.S.P. ed esporli in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitarli nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata agli utenti ed all'A.S.P.;

e) devono soddisfare pienamente il debito informativo necessario alla pianificazione strategica dell'A.S.P. e della Regione ed alle verifiche delle performance in rapporto agli strumenti del sistema informativo che sono in atto vigenti e che verranno indicati dall'A.S.P. e/o dal livello regionale.

5. Nella prospettiva strategica dell'evoluzione qualitativa dell'associazionismo, sulla quale la Regione siciliana sta investendo specifiche risorse, la forma in associazione semplice, per la quale non si prevedono modalità di sviluppo, costituisce una soluzione ad esaurimento. E' quindi opportuno che le attuali associazioni semplici evolvano in associazioni di rete o di gruppo, nei limiti della compatibilità economica e della programmazione aziendale. L'associazionismo permanente, comunque, una scelta volontaria del M.M.G., che può, pertanto scegliere di non associarsi. Anche per il M.M.G. non associato è comunque prevista la partecipazione obbligatoria all'A.F.T. - Aggregazione funzionale territoriale di appartenenza e, come indicato dall'A.C.N., tale obbligatorietà è connessa al mantenimento della convenzione.

6. La forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto per le singole forme associative. Le forme associative composte da soli due medici costituite ai sensi del D.P.R. n. 484/96 e ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'A.C.N. 2009, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente accordo; ugualmente le forme associative di tre medici che dovessero trovarsi temporaneamente ridotte a due per il venir meno di un associato avranno 3 mesi per adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo.

I componenti che si inseriscano successivamente in una associazione precedentemente costituita saranno inclusi nella relativa graduatoria secondo la propria anzianità di partecipazione all'associazione stessa: l'indennità di associazionismo sarà loro corrisposta solo

in presenza di risorse disponibili, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 8, lettera B, punto 2.

L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri acquisiti nel caso in cui uno o più componenti, fermo restando il numero minimo previsto per ciascuna forma associativa, non ne faccia più parte.

L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri nel caso in cui aumenti il numero dei propri componenti nel rispetto del dettato dell'art. 54 dell'A.C.N. per ogni singola forma associativa.

7. Devono essere previste riunioni periodiche, nella misura di almeno tre volte all'anno e delle quali dovrà essere redatto verbale, fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale. Tutti i medici appartenenti alla forma associativa dovranno, altresì, partecipare agli incontri ed alle attività previste in seno all'A.F.T. - Aggregazione funzionale territoriale di propria appartenenza e deve essere garantita l'implementazione e la condivisione di linee guida o di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale e in seno all'A.F.T. di appartenenza.

8. Forme associative:

a) associazionismo semplice

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 25% (degl assistiti) ed è una formula di associazionismo "in estinzione": non saranno pertanto ammesse a usufruire dell'indennità nuove associazioni di questo tipo. Il presente A.C.R., innalzando il "tetto" per le forme più evolute prevede la possibilità che si trasformi in rete o in gruppo una percentuale delle associazioni semplici, compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo alle singole Aziende sanitarie provinciali e secondo i criteri specificati nei commi seguenti;

b) associazionismo in rete

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 30%, ma l'attuale A.C.R. - compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo - prevede l'incremento fino al 40% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

Si dà priorità di accesso all'indennità, in ordine decrescente, ai seguenti soggetti:

1. ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, componenti di una associazione in rete già costituita, ma in toto "fuori budget" e ai M.M.G., regolarmente iscritti in graduatoria, "fuori budget", inseriti in una associazione in rete precedentemente costituita (i cui componenti percepiscono l'indennità);

2. ai M.M.G. che si inseriscano in una associazione in rete, composta da due soli medici, già costituita (già denominata "medicina in gruppo") ai sensi dell'accordo regionale del dicembre 1998;

3. quindi ai M.M.G. già in associazione semplice e regolarmente inseriti in graduatoria;

4. infine ai M.M.G. aderenti ad associazioni di nuova costituzione (costituitesi dopo la scadenza del termine di cui al decreto n. 2793 dell'11 dicembre 2007) o M.M.G. inseriti dopo la stessa scadenza in Associazioni già costituite e inserite in graduatoria.

Nella gestione di tale priorità, all'interno di ciascuna delle categorie sopra indicate, viene prioritariamente considerata la data di costituzione della forma associativa o di inserimento del singolo M.M.G. in una associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine;

c) associazionismo di gruppo

In atto il tetto previsto per tale forma associativa è il 10%, ma - compatibilmente con il budget complessivo assegnato per l'associazionismo - si prevede l'incremento fino al 15% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

E' previsto anche l'uso della sede dell'associazionismo di gruppo per attività integrate di tipo T.A.P. (unità territoriali di assistenza primaria) con specialista e infermieri distrettuale per la gestione integrata di pazienti cronici (vedi più avanti).

E' prevista la trasformazione, su domanda, fino al 5% delle associazioni di gruppo in "gruppi complessi".

La forma del "gruppo complesso" deve garantire:

i) orario giornaliero articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti tale da assicurare almeno 10 ore di attività ambulatoriale diurna, nella sede di riferimento dell'associazione;

ii) l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura (diabete mellito, scompenso cardiaco e sperimentazione, per il periodo 2010-2011, dei percorsi assistenziali sul target "ipertensione arteriosa").

Le forme di gruppo complesso che aderiscono al presente progetto possono operare anche in sedi messe a disposizione dall'azienda sanitaria territorialmente competente, senza alcuna decurtazione di compenso o indennità.

Ai M.M.G. delle forme "complesse" tale riqualificazione viene retribuita con un incremento di 2,50 euro/assistito/anno.

Si dà priorità di passaggio alla associazione di gruppo ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, componenti di associazioni di gruppo già costituite ma "fuori budget" e ai M.M.G., regolarmente inseriti in graduatoria, che si siano inseriti in una associazione in gruppo precedentemente costituita (i cui componenti percepiscono l'indennità); quindi ai componenti di altre associazioni già costituite che percepiscono indennità; infine ai componenti di associazioni di nuova costituzione (costituitesi dopo la scadenza del termine di cui al decreto n. 2793 dell'11 dicembre 2007) o M.M.G. inseriti dopo la stessa scadenza in associazioni già costituite e inserite in graduatoria.

Nella gestione di tale priorità, per ciascuna delle categorie sopra indicate, viene prioritariamente considerata la data di costituzione della forma associativa o di inserimento del singolo M.M.G. in una associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine.

Per la trasformazione in "gruppo complesso" verrà data priorità ai M.M.G. regolarmente iscritti in graduatoria costituenti associazioni in gruppo e secondo l'anzianità di costituzione dell'associazione. Per i M.M.G. inseriti successivamente in un'associazione in gruppo, va considerata l'anzianità di inserimento nell'associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'ordine dei medici;

d) associazionismo misto

Si mantiene l'attuale tetto del 5% (il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 10).

9. a) Le associazioni già costituite, che usufruiscono dell'indennità e che non subiscono trasformazioni, restano validamente costituite e conservano tutti i doveri e diritti acquisiti;

b) le domande per l'accesso all'indennità devono essere quindi presentate all'A.S.P. di appartenenza esclusivamente dai referenti delle associazioni di nuova costituzione (ivi comprese quelle che hanno proceduto alla trasformazione della forma associativa) e delle associazioni già costituite non beneficiarie dell'indennità o in cui si sono inseriti nuovi componenti.

La domanda per usufruire dell'indennità, corredata dall'atto costitutivo munito degli estremi di protocollo dell'ordine dei medici, deve essere presentata alle aziende entro 45 giorni dalla pubblicazione dell'A.I.R. nella *Gazzetta Ufficiale*: la graduatoria redatta dall'azienda sarà utilizzata per l'assegnazione dell'indennità, che sarà corrisposta fino al raggiungimento della percentuale prevista, compatibilmente con il budget economico assegnato alla singola azienda, privilegiando le forme più evolute; oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno (a partire dal 2011), per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo per l'assegnazione dell'indennità, in base al budget disponibile per l'azienda;

d) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo delle nuove associazioni o la comunicazione delle variazioni intervenute in seno alle associazioni già costituite, ne verifica i requisiti di validità (incluso il contratto con il fornitore della rete) e, entro 45 giorni, ne prende atto con provvedimento formale, dal quale deriva l'obbligo di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo per le associazioni poste utilmente in graduatoria.

10. Qualora le trasformazioni o i nuovi accessi comportassero un impegno economico inferiore al budget assegnato alle le singole aziende, queste ultime potranno utilizzare i fondi residui per incrementare le percentuali delle forme associative, anche al di sopra del tetto previsto, per le forme di gruppo, miste e quindi di rete (non semplici).

Art. 2

Il governo clinico

La Regione siciliana, nel più ampio scenario degli obiettivi previsti dal piano di prevenzione nazionale, individua due ambiti prioritari di attività finalizzati al governo clinico, cui i M.M.G. devono aderire secondo modalità contrattate:

1. Partecipazione alle attività di screening regionale (obiettivo già presente nel precedente accordo)

Screening tumori: carcinoma mammario; carcinoma del colon-retto; carcinoma del collo dell'utero.

Nell'ambito di tale programma, i M.M.G. sono tenuti a:

- partecipare alla sessione di formazione specifica del programma;
- attenersi ai protocolli operativi stabiliti nel programma;
- co-firmare la lettera di invito;
- fornire l'informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di incentivarne l'adesione;
- selezionare, tra i propri assistiti, le persone eleggibili;

— seguire i propri assistiti nelle varie fasi conseguenti lo screening secondo i protocolli.

Screening cardio-vascolare, sulla base dello sviluppo del piano regionale.

2. Attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici

Nell'ambito delle cure primarie, per quanto riguarda la medicina generale, le patologie croniche prioritarie individuate dalla Regione siciliana sono: diabete mellito di tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO-insufficienza respiratoria, TIA-ictus, ipertensione medio-grave.

Prioritariamente, per l'anno 2010, saranno sviluppati interventi nell'ambito dei due primi target (diabete e scompenso), per l'alta prevalenza di queste patologie e per l'alto numero di ospedalizzazioni e di costi "recuperabili". E', inoltre, ampiamente documentata in letteratura l'efficacia della gestione integrata per le suddette patologie. Con le associazioni in gruppo complesso si sperimenterà anche il target "ipertensione arteriosa".

Progressivamente, a partire dal 2011 si estenderà l'intervento anche agli altri target menzionati, secondo linee di indirizzo operativo che saranno divulgate dall'Assessorato a seguito dei lavori dei "tavoli tecnici" collegati all'attuazione del presente accordo (vedi premessa e articolo 25 su "Gli scenari attuativi e gli strumenti operativi dell'A.I.R.").

A partire dal 2010, il M.M.G. deve contribuire alla creazione di un "registro" distrettuale e aziendale dei pazienti cronici (diabete mellito e scompenso cardiaco) e deve attivare la "gestione integrata" di tali pazienti con il P.T.A. e/o con il poliambulatorio del distretto di riferimento (vedi art. 3 su "gestione integrata").

Per la partecipazione attiva e monitorata a tali programmi verrà assegnata al M.M.G. una quota derivante dal fondo costituito per il governo clinico (derivante da 3.08 della quota ponderata variabile e da specifico investimento regionale - ex art. 59, lett. B), commi 15-17).

Per l'anno 2010 verrà assegnata una tantum una quota, derivante dal pregresso (2005-2009) fondo di "ponderazione qualitativa" pari a 2,3 euro/assistito ed inoltre una quota regionale una tantum calcolata sulla base di 1 €/assistito, che verranno utilizzate per sostenere la fase di implementazione del disegno di governo clinico (realizzazione del "registro" dei pazienti cronici e attivazione gestione integrata).

Gli emolumenti sopra citati sono corrisposti ai M.M.G. a verifica dell'assolvimento dei compiti contemplati in questo articolo, anche nelle more della piena attivazione dei percorsi assistenziali nel distretto.

La quota variabile a partire dal 2011 viene aumentata da 3,08 a 4,50 euro/assistito/anno. Tale incremento è in parte (0,81 euro/assistito/anno) alimentato dal fondo di ponderazione.

Art. 3

Gestione integrata

I passaggi operativi della gestione integrata M.M.G. - distretto sono i seguenti:

— il M.M.G. "registra" (scheda di start up) i propri pazienti dei target suddetti e li invia allo "sportello dei pazienti cronici" del P.T.A. per registrazione (registro distrettuale), per la visita specialistica (stadiazione-piano di cura annuale) e, ove necessario, per la presa in carico infermieristica presso l'ambulatorio infermieristico;

— il M.M.G. riceve il piano di cura indicato dallo specialista (secondo quanto concordato nei percorsi di gestione integrata) e lo condivide (eventuali contatti ed incontri con lo specialista e con l'infermiere vengono realizzati attraverso lo "sportello distrettuale dei pazienti cronici", gli "ambulatori di gestione integrata" o altro personale del distretto);

— eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto dai percorsi vanno motivati.

Tutti i pazienti a "medio-alta" complessità vengono gestiti dal M.M.G. sulla base del metodo del follow-up attivo, consistente in:

— richiamo attivo del paziente ai controlli periodici previsti dal piano di cura concordato con lo specialista del distretto;

— gestione dei contatti con lo specialista e con l'infermiere distrettuale anche programmando visite congiunte concordate, presso l'ambulatorio di gestione integrata;

— partecipazione a programmi di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari;

— partecipazione ai piani di cura dei pazienti complessi gestiti in day service territoriale.

Per il sistema di verifica, nell'anno 2010 si utilizzeranno indicatori di processo, nel 2011 si inseriranno indicatori di esito intermedio. Gli indicatori e i valori attesi saranno definiti dai tavoli tecnici. Nelle more della realizzazione di un sistema informativo unico M.M.G. - distretto, si utilizzerà un "registro informatico" presso il

P.T.A. - distretto e si consegnerà ai pazienti in gestione integrata un libretto-paziente.

A sostegno della gestione integrata si effettueranno specifici percorsi formativi integrati fra gli attori coinvolti.

Art. 4

Attività integrative di assistenza (ex progetto qualità)

L'ex progetto qualità viene trasformato in due aree progettuali:

- area "compiti di servizio";
- area "paziente competente".

L'indennità per la partecipazione al progetto è di 6euro/assistito/anno con un budget distinto per singola azienda, pari al 70% della popolazione assistita. I M.M.G. che intendono aderire a tale progetto dovranno presentare apposita domanda all'A.S.P. di appartenenza entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana. Sarà data priorità ai medici di medicina generale che già garantivano le attività integrative e aggiuntive di assistenza secondo l'art. 17 del A.C.R. 2004 e usufruivano della relativa indennità; eventuali ulteriori istanze - ferma restando la percentuale sopra definita - saranno graduate secondo la data di presentazione delle stesse.

E' previsto, a partire dal 2011, l'utilizzo della quota derivante dal fondo di ponderazione che eccedesse il corrispettivo di 0,81 euro paziente/anno assegnato al governo clinico (v. art. 2), per incrementare a 7 euro/assistito/anno l'indennità di partecipazione all'istituto e successivamente applicare la percentuale dei M.M.G. ammessa all'indennità per le attività integrative di assistenza.

E' consentita l'adesione a tali attività anche ai medici della medicina dei servizi e della continuità assistenziale qualora svolgano l'attività di assistenza primaria nello stesso ambito territoriale.

A fine di favorire una corretta informazione degli assistiti, l'azienda sanitaria provinciale nei punti di scelta e revoca rende disponibile un elenco nominativo dei medici di assistenza primaria che possono acquisire le scelte, indicando a fianco di ciascun nominativo:

a) ubicazione dello studio medico o degli studi con i relativi orari, telefono, e la parte di orario destinata alle visite su appuntamento;

b) eventuali standard (adesione alle forme associative, informatizzazione, adesione alle attività aggiuntive, etc.).

I contenuti dell'area "compiti di servizio" sono i seguenti:

1) orario apertura studio secondo allegato A; tale impegno riguarda il singolo medico, anche se svolge attività in forma associata;

2) disponibilità telefonica diurna: dalle ore 8 alle 20 nei giorni feriali, dalle 8 alle 10 il sabato ed i prefestivi; il medico comunicherà al distretto il numero telefonico (fisso e/o mobile) con cui tale disponibilità viene assicurata e tale numero sarà pubblicizzato in sala d'attesa all'interno dell'ambulatorio;

3) partecipazione alle attività di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), considerata l'importanza di tale leva per riqualificare l'assistenza primaria, per rispondere ai bisogni di salute "globali" dei pazienti e per ridurre le ospedalizzazioni;

4) analisi e segnalazione al distretto, tramite strumenti che saranno definiti dal tavolo tecnico di cui in premessa, dei ricoveri inappropriati.

Il progetto del "paziente competente" prevede:

— informazione e motivazione dei pazienti relativamente all'autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativo-educativi);

— diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione;

— uso della scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

Art. 5

Integrazione organizzativa con P.T.A. - distretto

La finalità è quella di creare uno spazio di effettiva integrazione M.M.G. - distretto (ambulatorio di gestione integrata), nel quale il M.M.G., attraverso un'agenda programmata concordata con il distretto e da quest'ultimo gestita, in integrazione con gli specialisti e con gli infermieri, si dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, prioritariamente dei pazienti a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione.

Il M.M.G., nelle ore di presenza nella sede distrettuale, può essere chiamato a svolgere attività assistenziale per eventuali pazienti che risultino senza assistenza (soggetti in possesso del codice S.T.P., migranti, turisti). Deve essere utilizzato un ricettario specifico per le prescrizioni ai non-assistiti.

Tale spazio di integrazione M.M.G. - distretto verrà, comunque, prioritariamente utilizzato per visite congiunte sui target di pazienti cronici precedentemente menzionati, per concordare e programmare i piani di cura e per partecipare ad attività comuni (educazione dei pazienti, incontri, ...).

Le ore dei M.M.G., previo accordo locale, potranno essere utilizzate anche per specifici programmi ritenuti prioritari dalle A.S.P. e dai distretti e per l'eventuale partecipazione dei M.M.G. ai P.P.I. - punti di primo intervento.

Le ore vengono prestate, fuori dal monte orario garantito per l'attività del proprio studio presso la sede del P.T.A. o dei poliambulatori del distretto all'interno di spazi denominati "ambulatori di gestione integrata" (in linea di massima con apertura h 8 diurne dal lunedì al venerdì: 9-13; 15-19 e apertura h 4 il sabato: dalle 9 alle 13).

A tali ambulatori il M.M.G. fa convergere prioritariamente, in modo programmato con il distretto, i propri assistiti con patologia cronica, in particolare quelli a medio-alta complessità e quelli a rischio di scompenso di malattia e di ricovero, per dare corpo alla "gestione integrata" con lo Specialista distrettuale, con l'infermiere e con gli altri operatori che interagiscono nel piano di cura.

Il M.M.G. potrà inviare agli Ambulatori di Gestione Integrata, previo accordo con il distretto, propri pazienti anche in sua assenza laddove esistessero particolari urgenze assistenziali o esigenze di programmazione distrettuale. Come già detto, sulla base delle esigenze aziendali e degli accordi siglati a livello locale, le ore del M.M.G. possono anche essere prestate per la gestione dei "punti di primo intervento".

Le modalità di gestione dell'agenda saranno concordate a livello distrettuale, nella prospettiva di ampliare quanto più possibile il n. di M.M.G. partecipanti e conseguentemente il n. di pazienti in gestione integrata.

E' prevista l'attivazione, entro il 2012, di un ambulatorio di gestione integrata per ogni distretto sanitario (con l'eccezione dei distretti cittadini di Palermo, Catania e Messina, ove se ne prevede un numero maggiore) per un totale di 62 ambulatori. Il processo sarà graduale: nel 2010 è prevista, a livello regionale, l'attivazione di 20 ambulatori di gestione integrata (a partire dal mese di ottobre); nel 2011 saranno attivati altri 22 ambulatori di gestione integrata.

Ad ogni A.S.P. viene assegnato un budget sulla base del numero di ambulatori di gestione integrata per cui è prevista l'attivazione. L'A.S.P. articola, sulla base dei propri fabbisogni, uno specifico "piano aziendale". Il contributo orario settimanale medio di un M.M.G. agli ambulatori anzidetti è stato stimato in 2 h/settimana, ma può variare a seconda del numero di M.M.G. partecipanti e delle esigenze aziendali.

Le Aziende, sentito il parere - non vincolante - delle OO.SS. di categoria individuano, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'accordo, le sedi in cui saranno attivati gli ambulatori di gestione integrata e pubblicano un bando per singolo ambulatorio. Il M.M.G., singolo o associato, che intende operare nell'ambulatorio, deve inoltrare apposita domanda entro 30 giorni dalla pubblicazione del bando, allegando una prima lista di pazienti eleggibili più complessi. L'Azienda stilerà quindi una graduatoria per ogni ambulatorio che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande.

Sarà data priorità ai M.M.G. con maggior anzianità nel rapporto di convenzionamento con il SSN, tenendo comunque in considerazione la vicinanza della sede di attività del M.M.G. all'ambulatorio di gestione integrata. Oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno (a partire dal 2011), per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo. Laddove il budget volesse essere utilizzato dall'A.S.P. per diversa finalità, la stessa potrà farsi promotrice di un progetto specifico motivato da presentare al comitato aziendale ed al Comitato regionale per la medicina generale. Laddove l'azienda fosse inadempiente rispetto all'attivazione degli ambulatori di gestione integrata o alla promozione di specifici progetti alternativi, il fondo verrà ripartito tra i M.M.G. selezionati per la partecipazione all'iniziativa.

Il pagamento orario per il M.M.G. che parteciperà a tale programma sarà di 33,00 euro (quota inclusiva di oneri previdenziali).

L'Assessorato emanerà linee di indirizzo sulle modalità organizzative e operative degli ambulatori di gestione integrata.

Art. 6

Nuove formule aggregative: A.F.T. e U.C.C.P.

Il nuovo A.C.N. sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle aggregazioni funzionali territoriali (A.F.T.), di cui all'art. 26 bis, alle quali i M.M.G. sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di "promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base

dei principi della E.B.M.,..." e di "promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review".

Le A.F.T. rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di co-costruzione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane.

In virtù di quanto detto, il presente accordo sancisce la prospettiva di utilizzare i sistemi incentivi per gli obiettivi di appropriatezza più impegnativi, quali la costruzione e l'attuazione della "gestione integrata" ed in particolare di percorsi assistenziali integrati, che impegneranno indubbiamente tempi ed energie di integrazione organizzativo-operativa tra i M.M.G. tra loro e fra questi e le altre componenti del sistema.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva relativa ai protocolli specifici, quali quelli inerenti i farmaci ad alto costo e la diagnostica routinaria, che riguardano le performance prescrittive del singolo M.M.G., i M.M.G. e le loro associazioni si impegnano ad attuare l'applicazione dei protocolli concordati in seno alle A.F.T. senza ulteriori incentivi aggiuntivi.

A.F.T. e coordinatore

L'A.F.T. è una metastruttura aggregativa che si innesta, su un diverso livello, sulle classiche forme associative e che è inquadrabile come una "precondizione", considerata l'obbligatorietà della partecipazione, necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano.

Gli oggetti fondamentali di questa condivisione, tra gli stessi M.M.G. e tra questi e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:

— produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche di processo e di risultato;

— nuclei monoprofessionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifici e per la condivisione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali;

— formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria del M.M.G. è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

— partecipazione alla "vita" dell'A.F.T., e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;

— produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti (la produzione dei dati del singolo M.M.G. è sottolineata anche dal nuovo A.C.N. 2009);

— contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici evidence-based sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Poiché la Regione siciliana identifica nelle A.F.T. il nucleo potenziale del futuro sviluppo delle U.C.C.P., che saranno di seguito descritte, e in considerazione dell'importanza di garantire l'efficace funzionamento di tale modello aggregativo, si concorda di identificare un "Coordinatore" per "aggregazioni di A.F.T.", per un numero complessivo regionale di 140 coordinatori per il periodo di vigenza del presente accordo.

Il coordinatore dei nuclei di A.F.T. viene eletto dai componenti delle A.F.T. di competenza e assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

— il coordinamento organizzativo-operativo delle A.F.T., cioè il loro effettivo funzionamento e l'organizzazione degli incontri periodici;

— il raccordo con il "referente unico" M.M.G. dell'U.C.C.P. (vedi);

— la raccolta dei dati delle A.F.T. a lui assegnate e l'invio della reportistica periodica al distretto di riferimento;

— la cura dell'interfaccia tra A.F.T. e A.S.P.;

— la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione;

— la proposta all'Azienda e alla Regione di tematiche critiche, da approfondire e su cui costruire specifici percorsi e protocolli, che si affiancheranno a quelle individuate dalla Regione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni coordinatore riceverà il compenso forfetario di € 2.400 (duemilaquattrocento) per anno, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Il coordinatore nel suo lavoro farà riferimento al referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. (vedi) e al dirigente medico responsabile del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale di riferimento, che si avvarrà di personale amministrativo e di segreteria interno.

Il coordinatore dell'A.F.T. è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente accordo e in seno alla programmazione locale di A.S.P. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle A.F.T., è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del coordinatore:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri M.M.G. afferenti all'A.F.T.

L'incarico di coordinatore ha durata corrispondente alla durata del presente A.I.R. ed è rinnovabile.

I M.M.G. componenti delle A.F.T., sotto la supervisione e la responsabilità del coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti, tra i quali la produzione dei dati ed il loro aggiornamento con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati, la partecipazione alle attività ed agli incontri promossi dalle A.F.T., l'applicazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali concordati.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle A.F.T., alle quali il M.M.G. è obbligato a partecipare, è causa della decadenza dal sistema incentivante previsto e come indicato dall'A.C.N. 2009 può costituire causa di rescissione del rapporto convenzionale.

Le A.F.T., che l'A.C.N. 2009 ha previsto per tutte le tipologie professionali con rapporto convenzionale (M.M.G., P.L.S., M.C.A., specialisti), sulla base delle necessità e dei programmi aziendali potranno operare sia su base monoprofessionale, sia su base multiprofessionale integrata (ad es., nel caso di audit integrati per la condivisione di protocolli evidence-based o di percorsi di gestione integrata).

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione A.F.T. con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente accordo.

U.C.C.P. (Unità complesse di cure primarie) e referente unico M.M.G.

La Regione siciliana, a fronte di altre regioni, ha la necessità di recuperare un gap storico nell'ambito dell'integrazione multiprofessionale, implementando un percorso evolutivo in progress, che, a partire dal consolidarsi dell'esperienza delle A.F.T., si proietti verso la costituzione di questa nuova formula organizzativa, che rappresenta una forma evoluta di riorganizzazione delle cure primarie con un taglio "gestionale" nel quale il M.M.G. diviene attore fondamentale non solo dell'assistenza ma della gestione.

Gli elementi fondamentali che, nel nuovo A.C.N., connotano le U.C.C.P. sono i seguenti:

— (Art. 26 ter) "L'U.C.C.P. è costituita dai medici convenzionati si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali..."

... i M.M.G., i PLS, gli Spec.Amb. e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle U.C.C.P. attivate ...

L'U.C.C.P. opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espletta le seguenti funzioni di base:

- 1) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- 2) assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto soccorso;
- 3) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- 4) impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità;
- 5) sviluppare la medicina d'iniziativa;
- 6) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale".

L'A.C.N. fornisce, inoltre, ulteriori contenuti dello scenario attuativo delle U.C.C.P. acclarando le finalità di questo nuovo assetto organizzativo, i cui modelli organizzativi "possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche, affiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione", ed in particolare l'art 26 ter: "... realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire un'effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

A tal fine ... va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello ...

... impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute

... sviluppare la medicina di iniziativa

... contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale".

Infine, l'A.C.N. 2009 fornisce un input molto significativo di riallocazione degli incentivi, da attuare nella fase di pieno sviluppo delle U.C.C.P. nel territorio, indicando che "... gli accordi rallocano gli incentivi e le indennità fino ad allora di competenza dei medici che

ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici ... con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale ...".

In accordo con le indicazioni dell'A.C.N. 2009 viene istituita la figura del "referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P." (nel periodo di vigenza del presente accordo è prevista la nomina di n. 62 referenti a livello regionale).

Il referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. verrà eletto dai medici dell'U.C.C.P. di appartenenza prioritariamente tra i M.M.G. in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. da almeno 10 anni e con almeno 750 assistiti e assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

- il coordinamento organizzativo-operativo dell'U.C.C.P., cioè la sua organizzazione ed il suo effettivo funzionamento,
- il contributo alle responsabilità gestionali dell'U.C.C.P., che sono a carico del dirigente medico responsabile del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale avrà sede l'U.C.C.P.,
- il raccordo con i coordinatori delle A.F.T. che fanno riferimento all'U.C.C.P.,
- la raccolta e l'elaborazione dei dati dell'U.C.C.P.,
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni "referente unico M.M.G." di U.C.C.P. riceverà il compenso forfetario di € 4.800 per anno, previa verifica che le funzioni siano state svolte efficacemente. Il "referente unico M.M.G.", nell'organizzazione del suo lavoro, farà riferimento al medico coordinatore del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale ha sede l'U.C.C.P. e al direttore di distretto e concorderà con questi ultimi le scadenze del piano di lavoro. Eventuali divergenze tra i suddetti soggetti saranno affrontate e risolte in seno all'U.C.C.P.

Il team dell'U.C.C.P. è costituito dal Referente unico M.M.G., dal medico coordinatore del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nel quale ha sede l'U.C.C.P., dal coordinatore infermieristico, dal personale amministrativo assegnato, da altro personale coinvolto su progetti specifici (ostetrica, farmacista, assistente sociale, ...).

Il referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente Accordo e in seno alla programmazione locale di A.S.P. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente accordo e degli impegni assunti in seno alle U.C.C.P., è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del referente unico M.M.G.:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri M.M.G. afferenti all'U.C.C.P.

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione U.C.C.P., con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente accordo.

Per l'incarico di referente unico sarà data priorità ai M.M.G.

Art. 7

Debito informativo del M.M.G.

Precondizione per la partecipazione ai programmi e per l'accesso agli incentivi previsti dall'A.I.R. è il pieno assolvimento, da parte del M.M.G. singolo o in associazione, al debito informativo i richiesto dall'A.S.P. e dalla Regione.

Nelle more del pieno sviluppo di un sistema informativo in grado di mettere effettivamente in rete le diverse parti ed i differenti attori del sistema, il M.M.G. e la singola associazione saranno chiamati a garantire al sistema la produzione di dati "di base" e di report periodici.

I dati sono necessari per sostenere i processi di pianificazione strategica regionale, aziendale e distrettuale e per permettere il corretto funzionamento dei sistemi di verifica. La produzione dei dati da parte del M.M.G., prevista dall'A.C.N., è uno strumento naturale del rapporto e non prevede specifica retribuzione. Le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali (secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 13 A.C.N. 2009).

Art. 8

Linee di indirizzo regionali sulla gestione delle prescrizioni

1. La Regione, coerentemente con l'art. 97 della legge regionale n. 11/2010, individua con apposito provvedimento, le modalità di prescrizione diagnostica e specialistica, ivi compresi i requisiti per l'ordine di priorità delle prescrizioni.

2. Tutti i soggetti preposti all'utilizzo del Ricettario unico regionale, nei casi previsti e sulla base sopra citata, specificheranno la diagnosi, bifferanno il grado di priorità e signaleranno le prescrizioni

indotte. Ciò al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, l'accessibilità ai servizi e i tempi di attesa e di evidenziare le "prestazioni indotte".

3. L'A.S.P., attraverso l'U.C.A.D. effettuerà delle verifiche periodiche e di queste invierà un report trimestrale al Comitato regionale della medicina generale.

4. Le proposte di indagini e/o visite specialistiche hanno una validità di 90 giorni ai soli fini della prenotazione. Le proposte di indagini o visite specialistiche prenotate entro tale periodo restano valide fino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che accreditate o preaccreditate. Le prenotazioni non possono essere effettuate senza valida richiesta prescritta sul ricettario S.S.N. In caso di prenotazione, anche telefonica, la struttura deve comunicare al paziente il giorno e l'ora in cui verrà espletata l'indagine o la consulenza.

Art. 8 bis

Esenzioni dai tickets

1. Gli attestati di esenzione devono riportare, pena la validità, classi terapeutiche e indagini esenti dal pagamento dei tickets, ciò anche per la co-responsabilizzazione del paziente e del medico prescrittore.

2. L'elenco delle prestazioni esenti deve essere unico o su più fogli differenziati per codice di patologia in caso di esenzioni plurime, mentre unico deve essere l'attestato che le contiene, riportando in modo chiaro e leggibile i nuovi codici di esenzione e la loro eventuale scadenza. Nello stesso vanno indicate le prestazioni clinico strumentali esenti e i farmaci correlati alla patologia.

3. Fermo restando le esenzioni per patologia (decreto ministeriale n. 329/99 e successive modifiche) già riconosciute dall'azienda unità sanitaria locale competente per territorio le esenzioni per patologia saranno certificate dal M.M.G. Ottenuta la certificazione attestante la patologia, l'azienda rilascerà il relativo tesserino come specificato al comma uno del presente articolo.

4. Le esenzioni delle visite specialistiche sono strettamente correlate alla patologia esentata.

5. Lo stato di gravidanza fisiologica, ai fini dell'esenzione, deve essere espresso nella diagnosi, con la sola precisazione della data dell'ultima mestruazione; nessun altro onere può essere posto a carico del M.M.G. (circolare del 4 gennaio 2005, nota n. 4); per la prescrizione di esami clinici o strumentali non compresi nel protocollo di esenzione, il medico prescrittore deve indicare il sospetto diagnostico; tali prestazioni sono soggette al pagamento del ticket (qualora dovuto).

6. Lo stato di gravidanza a rischio deve essere attestato direttamente dal ginecologo dipendente o accreditato, anche per le prescrizioni dei ginecologi liberi professionisti.

Art. 9

Rapporti con gli specialisti

1. I rapporti tra M.M.G. e specialista devono essere fondati sul reciproco rispetto, nell'osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.

2. Il M.M.G. è il responsabile primario dell'assistenza personale integrale dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato. I medici specialisti, dipendenti da strutture pubbliche o accreditate, rappresentano i consulenti che il S.S.N. mette a disposizione del paziente per l'eventuale approfondimento diagnostico-terapeutico proposto dal proprio M.M.G.

3. L'assunzione in cura del paziente da parte dello specialista (cosiddetto "passaggio in cura") può avvenire su richiesta motivata del M.M.G., nel caso di trasferimento della posizione di garanzia o per urgenti necessità terapeutiche o diagnostiche; in quest'ultimo caso lo specialista darà motivata comunicazione, in busta chiusa, al M.M.G., che non sarà tenuta a formulare ulteriori richieste di consulenze per lo stesso specialista né ulteriori proposte di accertamenti.

4. Dopo la dimissione del paziente, anche da reparti di alta specializzazione, il M.M.G. seguirà il paziente, salvo terapie specialistiche eseguibili solo in ospedale o esigenze dello stesso curante che possono sfociare nella assistenza domiciliare integrata.

5. Deve rendersi reale la possibilità di accesso del M.M.G. negli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione (applicazione dell'art. 49 A.C.N.).

6. Per quanto non previsto qui sopra fanno testo l'A.C.N. e il codice di deontologia medica.

Art. 10

Linee guida per la prescrizione

Presso la Regione Siciliana trovano applicazione il decreto del dipartimento I.R.S. 19 settembre 2005 "Linee guida prescrittive" e

l'art. 9 della legge regionale n. 12/07 "Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata". La prescrizione dei farmaci deve rispettare la posologia media di assunzione giornaliera degli stessi.

Trovano altresì applicazione le disposizioni normative in materia di farmacovigilanza di cui ai decreti legislativi n. 95/03, n. 219/06 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento all'obbligo di segnalazione, nei casi previste dalla normativa vigente, di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini nell'ambito del sistema nazionale e regionale di farmacovigilanza di cui al decreto n. 1561 del 30 luglio 2009 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 11

Assistenza farmaceutica e modulare

1. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche, verso cui vanno uniformandosi tutte le A.S.P. rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei medici che del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.

2. Alla luce di quanto sopra esposto ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del S.S.N. al puntuale rispetto di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

3. La necessità di erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio, si limita all'indicazione generica del tipo di presidio o ausilio, senza ulteriori precisazioni descrittive e senza quantificazione, e relazione all'invalidità concessa e/o alla patologia di riferimento. Nessun altro onere, ivi compresa la richiesta di visita specialistica, può essere richiesto al M.M.G. ed eventuali controlli da parte dell'azienda sono compiti d'istituto.

4. Le indagini per rilascio patente, assunzioni, idoneità lavorative e corsi, commissioni invalidi civili o altre motivazioni, non connesse alle necessità diagnostiche del M.M.G., non sono a carico del servizio sanitario nazionale e possono essere effettuate solo in strutture sanitarie medico legali dedicate individuati dall'Assessorato regionale della sanità.

5. Tutti gli esami di laboratorio e strumentali, a prescindere dalla metodica di esecuzione (R.I.A., E.I.A., E.L.I.S.A., ecc.), devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore.

6. Progetti territoriali a valenza aziendale o distrettuale che vedano coinvolti medici di medicina generale devono essere concordati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative di categoria.

7. Le richieste di prestazioni emodialitiche, devono essere prescritte sul ricettario del servizio sanitario nazionale fino ad un massimo di otto prestazioni per singola ricetta. E' consentito al medico prescrittore, nel redigere il piano mensile di prestazioni, la compilazione, nello stesso giorno, di più ricette del S.S.N.

Art. 12

Programmazione e monitoraggio delle attività. Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

Le attività previste dal presente accordo (gestione integrata delle patologie croniche, attivazione degli ambulatori di gestione integrata M.M.G. - specialisti presso i P.T.A. o i poliambulatori, attività delle U.C.C.P., appropriatezza delle cure, cure domiciliari, etc.) saranno sottoposte a monitoraggio e valutazione avvalendosi anche dell'U.C.A.D. (Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali), organismo distrettuale di programmazione, monitoraggio, controllo, concertazione, condivisione e decisione secondo quanto previsto dagli art. 25 e 27 dell'A.C.N. 2009. Per il monitoraggio della gestione integrata delle patologie croniche selezionate saranno utilizzati indicatori definiti dal tavolo tecnico (art. 3). Per le eventuali controversie si fa riferimento all'allegato G art. 3 (A.D.P.), allegato H art. 10 (A.D.I.) e all'art. 30 (violazioni) dell'A.C.N.

L'Assessorato regionale della salute, sentiti i direttori generali delle aziende, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, individuerà la data dell'elezione dei componenti delle U.C.A.D. E' previsto un rimborso forfetario di 100 euro per ogni seduta (per un massimo di 12 sedute all'anno).

Art. 13

Sostituzioni

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 37, comma 1, dell'A.C.N., il M.M.G. comunica mensilmente all'azienda il numero di giorni di cui ha usufruito per ristoro psico-fisico di cui all'art. 18 comma 5.

Art. 14

Scelta e revoca

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 40 e 41 A.C.N. 29 luglio 2009, il capo famiglia e/o coniuge può scegliere per sé e per i propri familiari minorenni, con delega se maggiorenni, il proprio medico di famiglia.

Art. 15

Rapporto ottimale

Fermo restando quanto previsto dall'art. 33 e dall'allegato B dell'A.C.N. 29 luglio 2009 la determinazione delle zone carenti avverrà dopo aver detratto dal computo i cittadini iscritti nel registro A.I.R.E. (anagrafe italiani residenti all'estero), ove esistente.

L'azienda sanitaria provinciale si impegna ad agevolare l'inserimento negli elenchi dei medici di medicina generale degli immigrati in regola con il permesso di soggiorno.

Il Comitato regionale effettuerà, entro sei mesi dalla pubblicazione dell'accordo, un'analisi delle problematiche relative al rapporto ottimale e alla individuazione degli ambiti carenti e della relativa capacità recettiva.

Art. 16

Diritti sindacali

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato permanente regionale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 100,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato aziendale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 80,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.

Ai fini della corresponsione del compenso di cui ai comma precedenti, il medico presenta all'A.S.P. di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

Le somme attribuite per le ore di attività sindacale ai rappresentanti sindacali vanno corrisposte, nella misura del 50% entro il 30 giugno e del restante 50% entro il 31 dicembre dello stesso anno.

I rapporti economici tra rappresentanti sindacali e sostituti sono disciplinati dalle disposizioni contenute nell'art. 37, comma 14 A.C.N. 29 luglio 2009.

Le consistenze associative su base regionale ed aziendale di tutte le organizzazioni sindacali, rilevate ai sensi art. 22 del A.C.N. 2009 devono essere trasmesse anche alle segreterie regionali delle organizzazioni sindacali interessate.

Art. 17

Maggiorazioni per zone disagiate

Nell'ambito del territorio della Regione siciliana, nelle isole di Alicudi, Filicudi, Vulcano, Panarea, Stromboli, Salina, Linosa, Marettimo e Levanzo, individuate come "zone disagiatissime", viene garantita la presenza di un medico di assistenza primaria.

Ai medici di cui al comma 1 che, oltre a svolgere la propria attività di assistenza primaria, garantiscono altresì il servizio di continuità assistenziale per n. 12 ore settimanali, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un massimale di 1.500 scelte.

Ai medici di cui al comma 1 che non intendono svolgere la suddetta attività di continuità assistenziale, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un numero di 1.000 scelte.

Ai medici di assistenza primaria che operano nelle isole di Lipari, Favignana, Ustica, Pantelleria e Lampedusa viene riconosciuto un compenso accessorio di € 1,00/assistito/anno.

Art. 18

Partecipazione dei M.M.G. nelle commissioni di invalidità

I M.M.G. che fanno parte di commissioni per il rilascio delle certificazioni di invalidità civile non potranno espletare tale attività nel proprio ambito territoriale di scelta.

Stessi criteri si applicano per i medici che operano nella continuità assistenziale nella medicina dei servizi e ai medici addetti ai controlli I.N.P.S. o per assenza per malattia.

Art. 19

Assistenza domiciliare e le prestazioni di particolare impegno (P.P.I.P.)

Questi sono ambiti di particolare importanza per quanto riguarda il disegno di prevenzione dell'ospedalizzazione e di deospedalizzazione, oltre che di soddisfacimento di bisogni "sommersi" che, se non

soddisfatti, rischiano di peggiorare la qualità della vita dei pazienti fragili e delle loro famiglie.

Sono ambiti complessi sui quali non esistono dati completi che permettano da subito una rivisitazione critica dell'area. Pertanto, i M.M.G. e le associazioni si impegnano a gestire queste aree al massimo delle loro potenzialità in termini di piena partecipazione alle attività di assistenza domiciliare integrate in piena integrazione con le unità di valutazione multidimensionale.

Art. 20

Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulatoriali (A.D.P.)

I compensi percepiti dal singolo medico per l'assistenza domiciliare programmata non possono superare il tetto massimo del 25% di quanto previsto dall'A.C.N. 29 luglio 2009.

Il numero degli accessi retribuiti al medico, in funzione della percentuale come determinata al comma 1, viene calcolato sulla base del compenso mensile corrisposto al medico al momento della attivazione del programma di assistenza. Non è dovuta la ripetizione delle somme eccedenti il 25% in caso di successiva riduzione dei compensi mensili.

Nelle more della costituzione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali eventuali controversie tra il medico di assistenza primaria e l'azienda A.S.P., in merito all'attivazione o sospensione del programma di A.D.P., saranno sottoposte alla valutazione del comitato aziendale di cui al A.C.N. 29 luglio 2009.

L'A.D.P. può essere espletata anche nelle R.S.A. e/o nelle case alloggio, case di riposo o case albergo.

Per quanto riguarda l'A.D.P. - assistenza domiciliare programmata, così come per le P.P.I.P. - prestazioni di particolare impegno (v. art. precedente), i M.M.G. e le loro associazioni si impegnano ad un'attenta selezione dei casi ed all'applicazione di criteri di appropriatezza, avendo in modo che tali strumenti possano efficacemente incidere su un'area molto importante per gli obiettivi di riduzione dell'uso improprio dell'ospedale, che la Regione si pone. Nel corso del 2010 e del 2011, oltre un sistematico controllo di tali attività da parte dell'A.S.P., sarà effettuata una rilevazione mirata di dati finalizzata ad una rivisitazione critica dell'area ed alla ridefinizione dell'attuale allocazione delle risorse.

Art. 21

Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)

L'assistenza domiciliare integrata, come previsto dall'allegato "H" dell'A.C.N. 29 luglio 2009, viene concordata dal medico di assistenza primaria, in corso di prima valutazione, con il responsabile dell'U.V.M. del distretto di appartenenza, di norma, al domicilio del paziente.

Gli accessi del medico di assistenza primaria, concordati con l'U.V.M., saranno riportati nella cartella clinica domiciliare.

Fermo restando la possibilità di segnalazione al responsabile delle attività distrettuali da parte dell'interessato, dei familiari, del responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni etc., l'attivazione dell'A.D.I. avviene esclusivamente con il consenso del medico di assistenza primaria.

Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta l'U.V.M., di cui fa parte il medico di assistenza primaria, attiva tutte le procedure previste per iniziare l'intervento integrato, dopo aver ricevuto il consenso del malato o dei suoi familiari.

Il numero massimo di accessi del medico di assistenza primaria per il servizio A.D.I. è pari a 70/assistito/anno.

Le prestazioni aggiuntive erogate in regime di A.D.I., previste all'allegato "D" dell'A.C.N. 29 luglio 2009 sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso.

Art. 22

Assistenza domiciliare residenziale (A.D.R.)

L'assistenza domiciliare residenziale viene attuata secondo quanto previsto dai precedenti artt. 20 e 21 del presente accordo, integrando il servizio sanitario con quello sociale già offerto dalle strutture residenziali sia pubbliche che private.

Art. 23

Compensi A.D.P., A.D.I. e A.D.R.

Per la prima valutazione per l'attivazione dell'A.D.I., effettuata di norma al domicilio del paziente, viene corrisposto un compenso pari ad € 75,00.

Ciascun accesso, per le attività previste dagli artt. 20, 21 e 22 del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00.

Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di assistenza palliativa a pazienti terminali.

Art. 24

Formazione continua

Il tavolo della medicina generale concorda sulla fondamentale importanza della esistenza di una scuola di formazione regionale di medicina generale al fine di dare risposta ai bisogni formativi della categoria.

Per l'attività dei medici "tutor" viene stanziata la somma pari a € 450.000,00. A ciascun medico-tutor sarà corrisposto un compenso annuale di € 3.000,00. Il DASOE provvederà ad aggiornare periodicamente l'albo regionale.

Art. 25

Rete Influnet

Ai medici di medicina generale partecipanti alla rete di sorveglianza "INFLUNET", la cui composizione sarà periodicamente aggiornata tramite richiesta al DASOE, che prevede l'invio dei dati di monitoraggio delle I.L.I. e A.R.I. via web settimanalmente spetta un gettone onnicomprensivo per ogni stagione influenzale di € 620,00.

Il gettone viene corrisposto a conferma dei dati rilevati dal centro nazionale CIRINET.

E' stato convenuto che devono essere coperti almeno il 75% delle settimane di osservazione (da ottobre ad aprile).

Art. 26

Gli scenari attuativi e gli strumenti operativi dell'A.I.R.

Le parti in trattativa concordano con la necessità di rinforzare il processo di decentramento dell'Accordo integrativo regionale affinché le aziende sanitarie provinciali (A.S.P.) prendano progressivamente e in prima persona le redini della contestualizzazione attraverso l'articolazione di piani aziendali ed assumano la responsabilità dell'attuazione, del monitoraggio e delle verifiche dell'A.I.R.

Il processo di decentramento è stato carente nella Regione siciliana, generando difformità interpretative ed applicative dell'A.I.R., ritardi ed inefficienze. Il rinforzo di tale processo implica un progressivo "accompagnamento" delle A.S.P., che si baserà sui seguenti elementi:

— a livello regionale: il Comitato regionale di medicina generale espletterà la funzione di coordinamento generale del processo attuativo dell'A.I.R., sarà il riferimento per i Tavoli tecnici operativi nonché per i "piani aziendali", presiederà al monitoraggio, dirimerà dubbi ed eventuali controversie. Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute, che si avvarrà anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e predisporrà indicatori di processo e di risultato per verificare annualmente, in ogni singola A.S.P., il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo;

— a livello aziendale: la responsabilità del recepimento dell'A.I.R. e della sua attuazione è in capo alla Direzione aziendale, che individua le più appropriate forme organizzative degli attori interni preposti (cure primarie e distretti) e i più adatti strumenti operativi per gestire efficacemente il processo di contestualizzazione dell'A.I.R. Tale processo, concordato con il Comitato aziendale, deve condurre alla redazione di uno specifico "Piano aziendale", che motivi e documenti le scelte effettuate, la ripartizione dei fondi, i tempi e le modalità di attuazione e di verifica. La direzione porrà in essere, pertanto, tutte le precondizioni necessarie (sistema informativo, meccanismi operativi interni, incluse la verifica e la valutazione, formazione) al raggiungimento dei risultati attesi, in una prospettiva di coinvolgimento e responsabilizzazione di tutte le componenti del sistema assistenziale, sia territoriali (sia ospedaliere, coinvolte nella realizzazione dei programmi previsti dall'A.I.R. e, coadiuvata dalla UCAD, provvederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività e alla gestione delle eventuali controversie).

— a livello distrettuale: la direzione del distretto ha responsabilità di attuazione del piano aziendale precedentemente citato attraverso il coinvolgimento del personale dei P.T.A., ove essi siano stati realizzati, e del personale operante nei poliambulatori e negli altri servizi del distretto, al rinforzo dei meccanismi operativi deputati allo sviluppo locale dei programmi, del loro monitoraggio e della verifica dei risultati.

Art. 27

Decorrenza economica dell'accordo

Il presente accordo decorre dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del decreto assessoriale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Art. 28

Durata dell'accordo regionale

Il presente accordo regionale ha durata fino al 31 dicembre 2011 e comunque fino all'entrata in vigore del nuovo accordo regionale per l'attuazione del prossimo A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Allegato A

ART. 4 - ACCORDO REGIONALE DI MEDICINA GENERALE

| Numero assistiti | Ore settimanali |
|------------------|-----------------|
| 100 | 6 h |
| 200 | 7h |
| 300 | 8h |
| 400 | 9h |
| 500 | 10h |
| 600 | 11h |
| 700 | 12h |
| 800 | 13h |
| 900 | 14h |
| 1.000 | 15h |
| 1.100 | 16h |
| 1.200 | 17h |
| 1.300 | 18h |
| 1.400 | 19h |
| 1.500 | 20h |

Nota finale

Collaboratore di studio e infermiere professionale

Fermo restando le percentuali previste dall'A.C.N. per quanto riguarda il collaboratore di studio e l'infermiere professionale, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo il M.M.G. che non percepiscono la relativa indennità ed in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N. devono presentare apposita istanza all'A.S.P. di appartenenza; le A.S.P., entro i successivi 60 giorni, redigeranno la graduatoria degli aventi titolo, entro le percentuali di assistiti in ambito regionale previste dall'A.C.N., secondo il criterio dell'anzianità di assunzione del dipendente. Successivamente le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno esclusivamente dai medici che non percepiscono la relativa indennità.

Fermo restando le percentuali come sopra definite qualora, a livello provinciale, i sanitari aventi diritto ad una delle predette indennità risultassero inferiori alla percentuale stabilita, l'A.S.P., se necessario provvederà a stornare il budget rimasto all'altra indennità.

Dichiarazioni a verbale

I sindacati firmatari, portano a conoscenza di codesto Assessorato che l'attività di tutoraggio per l'abilitazione professionale svolta presso gli studi di medicina generale, è un obbligo perché il dottore in medicina e chirurgia conseguiva l'abilitazione professionale secondo quanto previsto dalla normativa europea in termini di libera circolazione sul territorio della comunità. Si evidenzia che il medico abilitato costituisce una risorsa per il S.S.R. e che pertanto per tale attività è indispensabile l'attività di tutoraggio del M.M.G. è necessario che tale attività venga adeguatamente retribuita.

Le OO.SS. dichiarano che le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati informativi al SSR saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali, secondo quanto previsto dal comma 5, art. 13, A.C.N. 29 luglio 2009. Questi devono essere compatibili con i software gestionali approvati e certificati dalla Regione e devono essere a carico della pubblica amministrazione.

La Fimmg e lo Snam auspiciano che si renda possibile il trasferimento dei medici di assistenza primaria nello stesso distretto dove operano come medici della medicina dei servizi con l'esclusione che non possono essere incaricati nell'ambito della medicina fiscale nello stesso ambito territoriale di scelta ove esercitano l'assistenza primaria. Ciò costituisce un'economia per la Regione in quanto verrebbe meno l'indennità di trasferimento; in ogni caso nessun onere aggiuntivo è a carico dell'azienda.

La Fimmg auspica che venga riconosciuto l'operato del Coordinatore regionale della rete Influnet, già componente del tavolo di crisi della Regione siciliana sull'influenza pandemica.

La parte pubblica, considerata la complessità dei temi segnalati nelle dichiarazioni a verbale, ritiene necessario effettuare i dovuti approfondimenti ed eventualmente istituire specifici tavoli di confronto.

(2010.40.2717)102

DECRETO 6 settembre 2010.

Accordo regionale di continuità assistenziale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, contenente "Norme per il riordino del servizio sanitario nazionale;

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al biennio economico 2006-2007, sottoscritto in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010 per la parte relativa al biennio economico 2008-2009;

Visto l'accordo regionale intervenuto in data 12 agosto 2010 tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria, ratificato dal Comitato regionale permanente di medicina generale in pari data, come da verbale redatto nella predetta seduta, relativamente alla disciplina degli istituti di continuità assistenziale demandati alla contrattazione decentrata;

Considerato che gli effetti economici di cui al presente accordo decorreranno dalla data di pubblicazione dello stesso nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1

È reso esecutivo l'accordo regionale di continuità assistenziale, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria in data 12 agosto 2010 e ratificato in pari data dal Comitato regionale permanente di medicina generale, come da relativo verbale, in relazione agli istituti normativi ed economici di cui al capo III - continuità assistenziale - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009, come rinnovato in data 8 luglio 2010.

Art. 2

Gli effetti finanziari di cui all'accordo regionale di continuità assistenziale decorreranno dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti e troveranno capienza nelle quote attribuite alle aziende sanitarie provinciali con l'assegnazione del Fondo sanitario regionale.

Art. 3

Il presente accordo rimane valido fino al 31 dicembre 2011 e, comunque, fino alla stipula del nuovo accordo regionale per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla ragioneria centrale dell'Assessorato della salute e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 6 settembre 2010.

RUSSO

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della salute in data 23 settembre 2010 al n. 17.

Allegato

**ACCORDO REGIONALE
PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Premesse

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il titolo V della Costituzione italiana, che ha affidato piena podestà alle regioni al piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato;

Visto il piano sanitario nazionale 2007-2009, nel quale si individua il territorio quale punto di forza nell'attuale fase di organizzazione del servizio sanitario nazionale;

Visto il nuovo A.C.N. che disciplina il rapporto con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29/07/09;

Premessa la necessità di rispondere in modo congruo ad una nuova domanda di salute proveniente dal cittadino che va orientata secondo le esigenze dell'intera collettività ma garantendo una efficace ed appropriata risposta sanitaria, compatibile con le risorse economiche erogate dal S.S.N.;

Sentita l'esigenza di costruire un'organizzazione sanitaria integrata, in grado di individuare e intercettare il bisogno di salute dei cittadini e di fornire risposte adeguate che assicurino i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.);

La continuità assistenziale è un servizio pubblico, a basso impatto economico, strategico ed indispensabile per l'intera collettività, capace di garantire assistenza sanitaria continuativa in realtà geografiche eterogenee per territorio e densità di popolazione, considerata la distribuzione regionale dei servizi di assistenza primaria, dei presidi ospedalieri e dei servizi di emergenza territoriale.

La continuità assistenziale assume le caratteristiche di indispensabile filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello, fa parte del programma regionale di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire, con attività distrettuali e territoriali, la continuità dell'assistenza sanitaria nelle 24 ore, con la presa in cura dell'utente, l'organizzazione di attività sanitarie territoriali e la verifica di processi sanitari e sociali per il mantenimento dello stato di salute del cittadino.

A tal fine, per raggiungere tali scopi è indispensabile:

1) la formazione e l'aggiornamento continuo dei medici di C.A., anche con percorsi formativi comuni alle altre figure sanitarie che operano nel territorio per favorire una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali, ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;

2) la definizione degli standards numerici minimi del personale medico così da garantire quello già in servizio all'atto della pubblicazione del presente accordo;

3) l'ottimizzazione del servizio con l'utilizzo e l'incentivazione, anche in forma sperimentale, di sistemi telematici e nuovi sistemi di comunicazione in particolari ambiti territoriali.

Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della salute attraverso il Comitato regionale permanente, fermo restando che l'Assessorato, avvalendosi anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, predisporrà, per ogni singola A.S.P., indicatori di struttura, di processo e di risultato per verificare annualmente il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo.

Parte normativa

Criteria generali (art. 62 ACN 23 marzo 2005 come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009)

Il servizio di C.A. fa parte del programma di attività distrettuali e la sua attività è svolta prioritariamente dai medici di cui all'articolo 62, comma 2, lett. a) e b), ed in sedi territoriali adeguatamente attrezzate.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutto l'arco della settimana, nel rispetto della programmazione regionale, le aziende sanitarie provinciali organizzano il servizio di continuità assistenziale (C.A.) che garantisce prestazioni mediche secondo quanto stabilito dal D.P.C.M. 16 aprile 2002: dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8,00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali, nel territorio di specifica competenza.

Altre attività, come ad esempio quella svolta nei punti di primo intervento (P.P.I.), o l'eventuale possibilità di estendere l'attività dalle ore 8,00 alle ore 10,00 del prefestivo, possono essere concordate in sede di contrattazione aziendale per esigenze o carenze contingenti o eccezionali.

Il servizio di C.A. è indirizzato a tutta la popolazione, in ambito aziendale, e ad ogni fascia di età, sulla base di uno specifico livello assistenziale.

In particolare vengono erogate prestazioni di assistenza medico ambulatoriale e domiciliare per le patologie acute e le riacutizzazioni di patologie croniche che non rivestono il carattere dell'emergenza.

Le aziende in sede di trattativa aziendale possono concordare con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, per gli ambiti territoriali a bassa densità di popolazione in via sperimentale ulteriori modelli funzionali di C.A., previa autorizzazione da parte della Regione e senza ulteriore aggravio di spesa per la stessa.

Le A.S.P. della Regione siciliana si impegnano ad attivare periodicamente apposite campagne di informazione per i cittadini e di sensibilizzazione ad un corretto uso dei servizi territoriali, invitando ad un loro adeguato utilizzo ed evitando così accessi impropri ai punti di Pronto soccorso ospedaliero ed allertamento immotivato dell'emergenza territoriale.

E' di fondamentale importanza perseguire un'integrazione del MdCA con i medici di assistenza primaria, anche nell'ambito delle nuove funzioni delle strutture territoriali (ad es. P.T.A.) secondo le rispettive competenze, allo scopo di migliorare e rendere più efficienti l'assistenza territoriale. Nell'ambito delle attività in équipe o altre forme associative delle cure primarie, ai MdCA sono attribuite funzioni coerenti con le attività del medico di Assistenza Primaria, nell'ambito delle rispettive funzioni, al fine di garantire l'integrazione assistenziale per un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione.

E' pertanto opportuno prevedere linee guida e protocolli di intervento, per la completa integrazione tra i medici di C.A. e di A.P., anche nei presidi territoriali di assistenza e tra queste e la C.O. del 118, per un livello di risposta più adeguato ai fabbisogni di assistenza sanitaria dei cittadini, in cui le varie figure professionali operino nel rispetto delle proprie competenze e con pari dignità (art. 62, comma 7, A.C.N. 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009).

Si ritiene quindi necessario valutare l'organizzazione dell'esistente, la qualità delle prestazioni ed il livello di soddisfazione dell'utenza e incentivare l'utilizzo di sistemi telematici e nuovi sistemi di comunicazione che possano migliorare l'efficienza del servizio.

Art. 1

Attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale (art. 63 A.C.N.)

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di C.A. rilevati, secondo le procedure di cui all'art. 63 dell'A.C.N., la Regione siciliana, come previsto dal decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* n. 3 del 19 gennaio 2007), fatto salvo il disposto di cui all'art. 63, comma 2, lett. a), riserva nel proprio ambito:

a) una percentuale del 60% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al decreto legislativo n. 368/99 e di cui al decreto legislativo n. 277/2003;

b) una percentuale del 40% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Ai sensi e quanto previsto dall'art. 19, comma 38, della legge regionale n. 19 del 22 dicembre 2005 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* del 23 dicembre 2005), le disposizioni di cui al comma 5 dell'art. 33 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 si estendono al personale medico titolare di continuità assistenziale compatibilmente con la dotazione organica dei presidi interessati.

Alla luce delle previsioni di cui al precedente comma si precisa che i benefici di cui alla citata legge n. 104/92, possono essere fatti valere, dopo la pubblicazione dei presidi carenti, dal medico titolare di continuità assistenziale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 per il trasferimento regionale o interregionale, limitatamente alle ipotesi contemplate dall'art. 33, comma 5, della citata legge n. 104/92.

I medici titolari di continuità assistenziale i quali, rientrando nelle previsioni di cui al comma precedente, fruiscono dei benefici della legge n. 104/92, saranno collocati nella graduatoria dei trasferimenti, in posizione di priorità rispetto agli altri sanitari e saranno graduati secondo i criteri di cui all'art. 63, commi 8 e 9, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009.

Art. 2

Mobilità intra-aziendale (art. 64 A.C.N. comma 5)

L'A.S.P., 60 giorni prima della individuazione delle zone carenti (1 marzo e 1 settembre), pubblica un bando di mobilità intraaziendale, cui possono partecipare i medici già titolari di C.A. a tempo indeterminato, da almeno sei mesi, presso la stessa azienda.

Tali medici sono graduati secondo l'ordine di anzianità di servizio effettuato nella stessa A.S.P.; a parità di anzianità di servizio vale quanto stabilito al comma 9 dell'art. 63 dell'A.C.N. in vigore.

Art. 3

Incompatibilità (art. 17 A.C.N.)

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato o determinato nella C.A., a rapporto unico, per un massimo di 24 ore settimanali, è compatibile con rapporti di collaborazione professionale, anche precari, presso i laboratori di analisi accreditati, limitatamente ad attività di prelievo.

Art. 4

Indennità per zone disagiate

1. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 21, comma 1 della legge regionale n. 26/96, le isole minori sono identificate come zone disagiatissime e viene prevista la presenza di un servizio di C.A. permanente (h. 24).

2. Ai medici di C.A. che operano nelle isole minori è previsto il riconoscimento di una indennità nella misura di € 2,00 per ora di servizio effettivo.

3. I medici in servizio presso i presidi delle isole minori dovranno essere formati su temi specifici di emergenza-urgenza per almeno 20 ore supplementari rispetto a quanto previsto all'art. 15 del presente A.C.R., anche mediante un tirocinio teorico/pratico. Tale attività formativa, le cui modalità saranno concordate in sede aziendale, sarà retribuito su base oraria come attività lavorativa.

4. Le AA.SS.PP. rimborsano al medico di C.A., che svolge la propria attività sulle isole minori il costo del biglietto A/R di trasporto con mezzo marittimo, a partenza dal porto più vicino all'isola interessata, per il raggiungimento della sede lavorativa, dietro presentazione dello stesso.

Art. 5

Massimale orario

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di C.A. è di 24 ore settimanali in attività assistenziali, notturne prefestive e festive, ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, comma 1, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009.

2. A decorrere dall'attivazione dei P.P.I., e comunque entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, su istanza del medico di C.A. con unica convenzione, titolare a tempo indeterminato, l'orario di cui al comma 1, è incrementato - oltre alle quattro ore previste dai precedenti accordi - di ulteriori 2 ore. Le ore di plus orario devono essere svolte in attività distrettuali diurne, nell'organizzazione dei servizi territoriali di base, coordinati dal distretto, privilegiando prioritariamente l'attività nei punti di primo intervento, (P.P.I. - v. art. 6).

3. A decorrere dalla pubblicazione del presente accordo i medici titolari di C.A., incaricati a tempo indeterminato, che detengono un doppio rapporto convenzionale, possono espletare, su propria richiesta, n. 4 ore di incremento orario settimanale nelle medesime attività distrettuali di cui al comma precedente, fino al raggiungimento di n. 350 scelte nell'assistenza primaria o n. 150 nella pediatria di libera scelta. Il superamento delle predette scelte comporta l'automatica decadenza dal conferimento delle 4 ore di incremento orario.

4. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto accordo ed entro il 31 marzo di ogni anno i nuovi titolari devono comunicare la loro disponibilità all'effettuazione delle ore di incremento orario, indicando anche una preferenza - non vincolante per l'azienda - per l'attività territoriale da svolgere (P.P.I., ambulatorio di codici bianchi presso i PP.OO., medicina fiscale, medicina del lavoro, etc.).

5. Il monte ore di plus orario assegnato alle singole Aziende è in funzione del numero dei medici di C.A. in servizio nella stessa azienda e le ore vengono assegnate come "budget orario potenziale" alle AA.SS.PP. senza alcun obbligo di distribuzione personalizzata al singolo professionista.

6. La singola A.S.P. articolerà un piano aziendale di utilizzo delle ore di plus orario sulla base dei fabbisogno del sistema locale, in armonia con le indicazioni regionali e con le aree prioritarie indicate dall'A.I.R., e a livello distrettuale, per l'organizzazione dei P.P.I. - Punti di primo intervento, tali ore saranno assegnate, anche considerando le preferenze espresse al momento della domanda, ai singoli medici di C.A. in base ai seguenti criteri:

- residenza nel distretto sede del P.P.I.;
- anzianità della titolarità.

7. Le ore di plus orario eventualmente non utilizzate per carenza di adesioni al piano aziendale saranno ridistribuite prioritariamente ai titolari che hanno aderito al suddetto piano, successivamente ai nuovi titolari e quindi ai medici sostituiti in servizio.

8. Si concorda con l'individuazione, tra i coordinatori di continuità assistenziale e su proposta dei medici titolari di continuità assistenziale, di un referente aziendale per la continuità assistenziale, che all'uopo si interfaccia con la direzione dell'azienda e del distretto, nonché con tutti gli organismi dell'assistenza primaria (U.C.C.P., A.F.T., U.C.A.D., P.T.A., etc.) con funzioni di interlocuzione e di implementazione e monitoraggio del piano aziendale.

9. Le AA.SS.PP. possono conferire ai medici di C.A. ore eccedenti l'orario settimanale d'incarico nel caso di eventi straordinari di carattere sanitario, pubbliche calamità, manifestazioni pubbliche. Le ore eccedenti assegnate non contribuiscono ad un aumento del monte ore settimanale.

10. Al medico di continuità assistenziale che espleta servizio in attività programmate distrettuali diurne domiciliari con mezzo di trasporto proprio, spetta un'indennità chilometrica pari ad un quinto del costo di un litro di benzina verde per chilometro percorso come previsto dalle norme vigenti.

Art. 6

Punto di primo intervento (P.P.I.) - Decreto n. 723 del 10 marzo 2010. Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

1. Il P.P.I. decreto n. 723 del 10 marzo 2010. Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il distretto potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I P.P.I. saranno gestiti attraverso la rete delle cure primarie (prioritariamente i medici di continuità assistenziale), secondo le diverse potenzialità del contesto locale. L'attività sarà integrata con gli infermieri e con gli specialisti poliambulatoriali ivi operanti e potenzialmente da sistemi di diagnostica essenziale (es: Point of care testing - P.C.C.T.).

2. Il servizio dei P.P.I. sarà assicurato nelle ore diurne nei giorni feriali dalle 8,00 alle 20,00 e nei giorni prefestivi dalle 8,00 alle 10,00, secondo modalità di turnazione da definire a livello aziendale; è in atto prevista l'attivazione di un P.P.I. per distretto, con l'eccezione delle A.S.P. di Palermo, Catania e Messina, ove sarà possibile costituire i P.P.I. anche negli ex distretti cittadini), per un totale di 62 punti, la cui allocazione sarà definita dalle aziende sanitarie.

3. Il servizio garantirà l'assistenza ambulatoriale (non è prevista la visita domiciliare) e sarà allocato in una sede aziendale, prioritariamente all'interno del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale.

4. Al fine di permettere la piena funzionalità dei punti di primo intervento, fermo restando quanto previsto nell'art. 67, comma 9, dell'A.C.N. 2009, saranno concordate a livello locale le modalità per la prescrizione delle prestazioni specialistiche non differibili.

5. La Regione siciliana effettuerà un monitoraggio costante del funzionamento dei P.P.I., attraverso indicatori di processo e di esito e una valutazione complessiva dei risultati entro dicembre 2011, riservandosi l'eventuale riallocazione delle risorse.

Art. 7

Assistenza ai cittadini non residenti nella Regione siciliana

1. I cittadini non residenti nella Regione siciliana retribuiranno le prestazioni alle AA.SS.PP. ove insiste il presidio di C.A., richieste ed erogate secondo il disposto dell'art. 57, comma 3, A.C.N. vigente e come di seguito specificate:

- a) visita ambulatoriale: euro 15;
- b) visita domiciliare: euro 25;
- c) prestazioni ripetibili (P.F.R. prescrizione farmaci su richiesta e controllo P.A.O.): euro 5.

2. Le AA.SS.PP. concorderanno, in sede di trattativa decentrata aziendale, con le organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, le modalità organizzative e di riscossione.

Art. 8

Assistenza ai turisti

1. Sulla base dei criteri definiti dalla Regione siciliana le AA.SS.PP. individuano le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta ai non residenti.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi a tempo determinato di assistenza sanitaria ai turisti secondo il seguente ordine di priorità:

a) i medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale, con unico rapporto convenzionale; i predetti sanitari, ai quali possono essere conferiti incarichi per n. 12 ore settimanali, saranno graduati secondo l'anzianità di incarico a tempo indeterminato di C.A.

Tale attività è incompatibile con l'incremento orario di cui all'art. 5, comma 2, del presente accordo.

b) i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, graduati secondo il punteggio conseguito nella predetta graduatoria;

c) i medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. 23 marzo 2005 come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009, che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;

d) i medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma finale n. 5 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, che abbiano conseguito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;

e) i medici abilitati, iscritti al corso di formazione in medicina generale, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della legge n. 448/01, graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea.

Il servizio di guardia medica turistica è attivato nel periodo 15 giugno - 15 settembre (estiva) e 15 dicembre - 15 marzo (invernale);

Al sensi del combinato disposto degli art. 32, comma 3 e art. 57 comma 3 dell'A.C.N. di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, è previsto il pagamento, da parte dei cittadini residenti fuori provincia, delle prestazioni rese dalle guardie mediche turistiche, secondo le tariffe di seguito specificate:

- visita ambulatoriale: € 15,00;
- visita domiciliare: € 25,00;
- prestazioni ripetibili (P.F.R. prescrizione farmaci su richiesta e controllo P.A.O.): € 5,00.

Le aziende sono tenute a reinvestire le somme derivanti dagli introiti della G.M.T. e della G.M. ordinaria per il miglioramento strutturale e tecnologico dei presidi di C.A., nonché ad adottare, negli stessi, idonee misure di sicurezza del personale ivi operante.

In sede di trattativa decentrata aziendale con le organizzazioni sindacali di categoria, saranno determinate ulteriori specifiche modalità organizzative e di riscossione del ticket.

Art. 8

Competenze delle aziende (art. 68 A.C.N.)

1. L'azienda è tenuta a fornire al MdCA i farmaci, la modulistica e il materiale necessario all'effettuazione degli interventi propri del servizio.

2. L'azienda garantisce che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta e il riposo dei medici, di servizi igienici esclusivi per il personale, nel rispetto della normativa vigente (legge n. 81/08). A tal fine entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo i dipartimenti di prevenzione delle aziende effettuano una verifica sulla idoneità delle sedi di servizio e le A.S.P. dovranno provvedere all'adeguamento delle stesse. Entro i successivi 60 giorni le aziende sono tenute a comunicare al comitato regionale gli esiti di dette verifiche e i provvedimenti adottati in merito.

3. L'Azienda provvede, ove possibile:

a) alla disponibilità di mezzi di servizio, muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;

b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate, su supporto magnetico o digitale, presso le sedi operative;

c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei MdCA.

4. Qualora le AA.SS.PP. non siano in grado di fornire al medico di C.A. l'automezzo di servizio ed il medico utilizzi, per lo svolgimento del servizio, il proprio automezzo, in caso di sinistro provocato dal conducente del veicolo, l'aumento del premio assicurativo dovuto

all'incremento della classe di merito del "bonus-malus" è rifiuto al medico.

Art. 8 bis.

Competenze delle aziende - Sicurezza nelle sedi di lavoro

1. È obbligo delle aziende sanitarie provinciali garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili episodi di violenza che possono verificarsi presso i presidi di continuità assistenziale.

A tal fine le aziende sanitarie provinciali provvedono entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, attraverso i propri uffici preposti ad effettuare una ricognizione sullo stato delle postazioni adibite a sedi di continuità assistenziale nell'ottica dell'adeguamento alle norme vigenti in materia di sicurezza, dandone comunicazione al Comitato aziendale di medicina generale.

2. Le misure minime di sicurezza che le aziende sanitarie sono tenute ad adottare riguardano:

- sistemi diretti di allerta con le forze dell'ordine e sistemi di allarme sonoro;
- sistemi di illuminazione efficienti, soprattutto all'ingresso delle sedi;
- videocitofoni e sistemi di videosorveglianza con registrazione atti a riconoscere chi si trova all'esterno;
- porte antisfondamento;
- grate alle finestre.

Art. 9

Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico

1. L'azienda assicura i medici che svolgono il servizio di C.A. contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'A.C.N. e del presente A.I.R., ivi compresi quelli subiti in itinere, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dall'A.C.N. e dal presente A.I.R. Le aziende sanitarie stipulano una polizza "KASKO" per i medici in servizio, includendo anche i rischi di incendio, furto e atti vandalici occorsi durante le ore di servizio.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigia, per i seguenti massimali:

a) € 775.000 per morte o invalidità permanente;

b) per invalidità temporanea assoluta, al medico è riconosciuto il mancato guadagno, pari al compenso orario in attività di servizio, per un massimo di 90 giorni. Tale compenso verrà anticipato mensilmente dall'azienda.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente accordo entro 90 giorni dalla sua entrata in vigore. Ai medici deve essere data opportuna informazione relativamente ai termini ed alle modalità di copertura di detta assicurazione.

Art. 10

Medico coordinatore di continuità assistenziale

1. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente A.I.R., il direttore generale dell'A.S.P., su proposta dei rispettivi direttori dei distretti sanitari, sentito il comitato aziendale, individua in ogni presidio un medico di C.A. con l'incarico di medico coordinatore.

2. L'incarico di coordinatore sarà attribuito, prioritariamente, previa presentazione di specifica istanza, al medico titolare di incarico a tempo indeterminato con unico rapporto per la continuità assistenziale, secondo il criterio della maggiore anzianità di servizio nell'ambito della stessa A.S.P.

3. Gli aspiranti all'incarico dovranno possedere una buona conoscenza dei mezzi informatici e telematici; ulteriori criteri di selezione potranno essere concordati in sede di comitato aziendale.

4. Fermo restando le competenze delle aziende di cui all'art. 68, comma 4 dell'A.C.N., il medico coordinatore, accettato formalmente l'incarico, ha il compito di:

a) mantenere i rapporti tecnico-organizzativi con i direttori di distretto o loro delegati;

b) mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;

c) proporre, sentito i medici interessati, i turni secondo criteri di equità distributiva ed in ragione del monte orario individuale e dell'incarico di ciascun sanitario del presidio, con invio all'azienda in tempo utile per la pianificazione delle attività distrettuali;

d) proporre al direttore di distretto azioni utili al miglioramento del servizio;

e) trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sulla organizzazione del servizio, sulle linee guida concordate con l'azienda e sulla condivisione dei progetti aziendali;

f) 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.

5. Il medico coordinatore svolgerà i compiti previsti dal suo ufficio al di fuori dell'orario di servizio, utilizzando 4 ore settimanali del plus-orario complessivo previsto dall'articolo 5 del presente A.C.R.

6. Ulteriori compiti e funzioni potranno essere concordati, in sede decentrata, tra le AA.SS.PP. e le OO.SS. sanitarie del presente accordo.

7. Nell'ambito della definizione di progetti aziendali e/o di distretto, relativi ad esperienze di équipe territoriali, P.T.A. e progetti obiettivi, sarà compito del medico coordinatore di C.A. mantenere i rapporti organizzativi con i medici di C.A. facenti parte dell'équipe e del P.T.A., fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.

8. Il medico coordinatore sarà sottoposto a verifica annuale e su proposta del direttore generale, sentito il comitato aziendale, può essere rimosso dall'incarico per comprovata inefficienza del suo operato.

9. Un rappresentante dei medici coordinatori di C.A. per distretto partecipa, ove richiesto in qualità di consulente per la C.A., all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Art. 11

Sostituzioni ed incarichi provvisori (art. 70 A.C.N.)

Fermo restando quanto previsto dall'art. 70 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009, secondo quanto disposto con decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006 (*Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* n. 3 del 19 gennaio 2007), ed alla luce del parere S.I.S.A.C. n. 72 del 23 giugno 2009, nell'ambito della Regione siciliana gli incarichi di sostituzione di continuità assistenziale ai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, nonché ai medici che hanno acquisito l'attestato di formazione in medicina generale dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale, possono essere conferiti per un periodo massimo fino a 6 mesi.

I medici di cui alla norma finale n. 5 ed alla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, che intendono partecipare all'assegnazione di incarichi provvisori e di sostituzione di continuità assistenziale devono inviare alle aziende sanitarie ove intendono svolgere la loro attività, entro 30 giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana della graduatoria regionale di medicina generale, specifica domanda di inserimento in apposito elenco, precisando ai sensi di quanto previsto dal comma 2, il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinare la posizione nell'elenco.

In sede di prima applicazione il termine di 30 giorni di cui al comma precedente deve intendersi riferito alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del presente Accordo regionale di continuità assistenziale.

Art. 12

Organizzazione della reperibilità (art. 71 A.C.N.)

1) Ai sensi dell'articolo 71 comma 2 dell'A.C.N., prioritariamente rispetto all'attivazione della reperibilità, è consentito ai medici titolari e sostituti operanti nello stesso presidio dove si verifica l'esigenza, di effettuare il turno di servizio resosi vacante.

2) L'azienda organizza i turni di reperibilità nei seguenti orari:

— dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;

— dalle ore 9,00 alle 10,30 dei giorni prefestivi;

— dalle ore 7,00 alle 8,30 dei giorni festivi.

3) L'azienda provvede ogni sei mesi, entro 15 giorni dall'espletamento delle procedure per l'assegnazione degli incarichi provvisori, a redigere una graduatoria di reperibilità domiciliare per la C.A. tra tutti quei medici che ne abbiano fatto richiesta, compresi i medici che al momento della presentazione dell'istanza non siano incaricati.

I medici aventi diritto saranno graduati secondo l'anzianità di laurea, il voto di laurea e la minore età al momento del conseguimento della laurea.

Art. 13

Ricollocazione del medico non idoneo ai compiti propri della continuità assistenziale (art. 73, comma 4, A.C.N.) - Commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze

1) Fatto salvo quanto previsto dall' art. 19, comma 1, lett. f), il medico titolare di continuità assistenziale divenuto inabile allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell'A.C.N., il cui stato di inabilità venga accertata dalla competente commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze, sia per malattia e/o infortunio extra professionale, ivi incluso l'aggravamento di patologie preesistenti, sia per malattia e/o infortunio occorsi a causa o in

occasioni dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, dovrà essere adibito ad altre attività programmate territoriali, compatibili con il suo stato di salute. I medici titolari già giudicati inabili allo svolgimento dei compiti da parte dei collegi medici, dovranno essere sottoposti a nuova visita da parte della commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze.

2) Il medico dichiarato inidoneo mantiene il monte ore previsto nell'A.C.N., comprensivo dell'attribuzione del plus-orario.

3) La sede di lavoro è concordata tra la direzione dell'A.S.P. ed il sanitario interessato, sentito il parere del comitato aziendale, avendo particolare riguardo della residenza anagrafica del medico e compatibilmente col suo stato di salute.

4) Al medico dichiarato inidoneo va attribuito, nella graduatoria regionale di medicina generale, il punteggio per l'attività programmata territoriale.

5) Qualora il medico titolare di continuità assistenziale sia dichiarato dalla competente commissione inidoneo allo svolgimento delle attività di continuità assistenziale per una forma di inabilità riconosciuta permanente, l'azienda sanitaria individuerà l'incarico ai fini della rilevazione delle carenze; diversamente qualora l'inabilità sia riconosciuta come temporanea non sarà individuato alcun incarico vacante.

6) Il medico dichiarato inidoneo in modo permanente può chiedere il trasferimento presso altra A.S.P., previo parere favorevole del comitato regionale.

Art. 14

Superfestivi

Le ore di attività prestate nelle giornate festive e negli orari sotto indicati saranno retribuite con una maggiorazione di 4 euro lordi/ora:

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| — 1 gennaio: | ore 8,00-20,00; |
| — 6 gennaio: | ore 8,00-20,00; |
| — Pasqua: | ore 8,00-20,00; ore 20,00-8,00; |
| — Lunedì di Pasqua: | ore 8,00-20,00; |
| — 1 maggio: | ore 8,00-20,00; |
| — 15 agosto: | ore 8,00-20,00; |
| — 24 dicembre: | ore 20,00-8,00; |
| — 25 dicembre: | ore 8,00-20,00; ore 20,00-8,00; |
| — 31 dicembre: | ore 20,00-8,00. |

Art. 15

Formazione continua (Art. 20 A.C.N.)

1. L'A.S.P. organizza, secondo quanto previsto dall'A.C.N., art. 20, comma 8, corsi di aggiornamento professionale per i medici di C.A. del valore fino al 70% del credito formativo ECM e comunque per non meno di 40 ore annue, dando priorità alla programmazione di corsi di B.L.S., B.L.S.D. e relativi alle varie attività svolte dai medici di continuità assistenziale.

2. La partecipazione a tali corsi è obbligatoria ed è retribuita come attività di servizio.

3. L'attività formativa dovrà riguardare, oltre agli aspetti professionali e clinici, anche gli aspetti organizzativi aziendali e potrà essere svolta, per i medici non di turno, anche nella giornata di sabato, unitamente ai medici di assistenza primaria.

4. Le AA.SS.PP. sono tenute ad organizzare iniziative formative prevalentemente di pratica clinica e di stretta attinenza con l'attività del medico di C.A., organizzati in corsi, stage, attività tecnico - pratiche, attività seminariali e, con l'impegno che a tali attività siano riconosciuti crediti formativi ECM per i medici titolari e sostituti, al momento in servizio attivo.

5. Il programma dei corsi viene elaborato sulla base dei bisogni formativi del medico di C.A. con particolare riferimento alla gestione delle urgenze mediche, dall'A.D. aspetti medico-legali ed organizzazione del servizio.

6. Ai suddetti corsi saranno addetti, tra l'altro, medici incaricati a tempo indeterminato che svolgono attività di C.A. in possesso dei titoli e corsi che ne definiscano la qualità di animatori di formazione, inseriti nell'apposito albo regionale, secondo i criteri previsti dall'art. 20 A.C.N. 2 marzo 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 29 luglio 2009.

Tali medici, analogamente agli animatori di assistenza primaria, saranno retribuiti con le stesse tariffe previste dall'accordo regionale di assistenza primaria.

7. Le aziende sono tenute a garantire la realizzazione dei suddetti corsi utilizzando le risorse disponibili alle stesse assegnate nel rispetto della programmazione regionale.

Art. 16

Esercizio del diritto di sciopero (art. 21 A.C.N.)

Le AA.SS.PP., in seno al comitato aziendale di medicina generale, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, concordano con le OO.SS. i contingenti minimi di medici di C.A. da adibire al servizio in caso di sciopero della categoria.

Art. 17

Nuove formule aggregative: A.F.T. e U.C.C.P.

Il nuovo A.C.N. sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle aggregazioni funzionali territoriali (A.F.T.), di cui all'art. 37, p. 18, dell'A.C.N. 2009, alle quali i M.C.A. sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di "promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della E.B.M., ..." e di "promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review".

Le A.F.T. rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di co-costruzione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane.

L'A.F.T. è una macrostruttura aggregativa necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano. Gli oggetti fondamentali della condivisione, tra gli stessi M.C.A. e tra questi e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:

- produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche in processo e di risultato;
- studi non professionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifici e per la condivisione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali;
- formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria del M.C.A. è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

- partecipazione alla "vita" dell'A.F.T., e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;
- produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti;
- contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici evidence-based sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Il M.C.A. si raccorderà con il "referente unico M.M.G. dell'U.C.C.P. - Unità complessa di cure primarie" di riferimento per tutte le attività relative alle A.F.T. e per il collegamento alle attività della stessa U.C.C.P.

Norme finali

1. Sulla base di specifici accordi aziendali, ai medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale, in possesso dell'attestato di idoneità in emergenza sanitaria territoriale, è consentita la possibilità di accettare incarichi a completamento orario, nelle sedi di pronto soccorso, conservando le 24 ore di C.A., limitatamente alla durata dell'incarico, fermo restando il prioritario utilizzo dei medici dell'emergenza territoriale.

Tale attività è incompatibile con l'incremento orario di cui all'art. 5, comma 2, del presente accordo.

2. Presso ciascun presidio ordinario di continuità assistenziale è previsto un numero di medici pari a 4,5 unità di personale; presso ciascun presidio permanente è previsto un numero di medici pari a n. 7 unità di personale.

3. Il presente accordo rimane valido fino al dicembre 2011 e mantiene gli effetti economici sino alla stipula del nuovo accordo regionale, per le parti non in contrasto con il successivo accordo collettivo nazionale di medicina generale.

4. Il budget assegnato a ciascuna A.S.P. è vincolato alle attività di cui al presente A.I.R. e costituisce un limite non valicabile.

5. Su tutti i compensi previsti dal presente accordo, l'azienda versa trimestralmente il contributo previdenziale a favore del competente fondo di previdenza, nella percentuale prevista dal vigente A.C.N.

6. Ogni A.S.P. nell'ambito della riorganizzazione complessiva del territorio, in maniera coordinata con le OO.SS., articolerà un piano di riallocazione, riorganizzazione e rifunionalizzazione dei presidi di continuità assistenziale, in ragione della distribuzione dei servizi nel territorio e delle condizioni del contesto, anche nella prospettiva di potenziare la sicurezza degli operatori.