



REGIONE UMBRIA

OGGETTO: TRATTATIVA REG.LE DECENTRATA DEI MEDICI DI MEDICINA GEN.LE IN APPLIC.NE ART. 4 C. 1 DI CUI A.C.N. PER I MEDICI DI MEDICINA GEN.LE 23.3.05. DIRETTIVE ALLE AZIENDE UU.SS.LL DELLA REGIONE.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

27/09/2006 n. 1653.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio predisposto dal Servizio I° avente per oggetto "Trattativa regionale decentrata dei medici di medicina generale in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all'A.C.N. per i medici di medicina generale del 23/03/2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della Regione" e la conseguente proposta del Direttore regionale sanità e servizi sociali;

Ritenuto di farne proprio il contenuto, che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio, ai sensi dell'art. 21 c.3 e 4 del Regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare, assumendone i contenuti anche come atto vincolante di indirizzo e coordinamento alle Aziende UU.SS.LL. dell'Umbria, l'accordo decentrato regionale per i medici di medicina generale allegato in copia quale parte integrante e sostanziale unito al presente atto;

- 3) di dichiarare che il presente provvedimento rientra tra la tipologia degli atti inerenti le direttive vincolanti emanate dalla Regione ai sensi dell'art. 12, comma 6, della L.R. n. 3/98,
- 4) di dare mandato al Servizio I° della Direzione Regionale Sanità, di provvedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria;
- 5) di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali per la sua pratica attuazione;

LA PRESIDENTE: LORENZETTI MARIA RITA

IL RELATORE: LORENZETTI MARIA RITA

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Trattativa regionale decentrata dei medici di medicina generale in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all'A.C.N. per i medici di medicina generale del 23/03/2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della Regione.

L'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale reso esecutivo con l'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep.2272 del 23 marzo 2005, all'art. 4 prevede che gli accordi regionali di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, definiscono le attività svolte dai medici di medicina generale.

Per quanto sopra, con atto deliberativo n. 933 del 08/06/2005, esecutivo ai sensi di legge, si è provveduto alla costituzione del Comitato regionale al quale, tra le altre cose, afferisce la competenza della trattativa regionale di cui trattasi.

Il campo di applicazione dell'Accordo decentrato regionale riguarda:

1. un primo documento di condivisione degli elementi fondamentali che orientano l'integrazione funzionale ed organizzativa tra medico di medicina generale e SSR. Sulla base di una sintetica descrizione dei problemi di salute e di quelli organizzativi più rilevanti;
2. il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle équipes territoriali quale forma organizzativa più appropriata per il "governo clinico" della domanda di assistenza e della quota di offerta gestita sul territorio per realizzare l'h. 24 7 giorni su 7;
3. il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle forme incentivanti funzionali alle équipes territoriali (medicina di gruppo e personale di studio) presupposto basilare per il governo clinico della domanda e dell'offerta ed elemento fondamentale per l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino utente;
4. la ridefinizione delle condizioni per garantire al cittadino la continuità dell'assistenza tramite la piena integrazione nella équipe territoriale della "ex guardia medica" e delle altre forme organizzative della medicina generale;
5. linee di indirizzo e obiettivi sui quali definire il piano di formazione, aggiornamento e riqualificazione professionale (finalizzato prioritariamente alla continuità assistenziale) che viene messo in campo per sostenere i punti di cui sopra.

Gli argomenti sopra indicati sono stati oggetto del tavolo della trattativa regionale decentrata, al quale hanno partecipato:

L'assessore Regionale alla Sanità in qualità di Presidente;

il Dirigente del Servizio I° della Direzione Regionale Sanità;

i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione o loro delegati;

le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Al termine dei lavori, l'Accordo decentrato regionale composto da n. 29 pagine, da n. 1 dichiarazione congiunta a verbale e da n. 1 dichiarazione a verbale della O.S. CISL Medici, è stato sottoscritto in data 22 settembre 2006 e gli stessi vengono uniti, quali parte integrante e sostanziale al presente documento istruttorio.

Perugia, 26/09/2006

L'Istruttore
Fabio Feliciotti

ACCORDO

dei medici di medicina generale in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all' Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale recepito con atto d'Intesa 23.3.2005

Visti

- l'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2272 del 23 marzo 2005 che ha recepito l'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale
- la Delibera della Giunta Regionale n. 933 del 8 giugno 2005 con la quale si è provveduto alla costituzione del comitato regionale di cui all'art. 24 del succitato accordo collettivo nazionale
- il verbale del 8 luglio 2005 relativo alla prima seduta del Comitato Regionale ex art. 24 che ha affrontato gli aspetti organizzativi dei lavori del Comitato al fine di consentire una rapida conclusione delle trattative nei termini convenzionali previsti.

A seguito di numerosi incontri svoltisi per approfondire i contenuti del presente accordo, oggi Venerdì 22 settembre 2006;

I componenti della delegazione di parte pubblica:

L'Assessore Regionale alla Sanità.....FIRMATO.....

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 1.....FIRMATO....

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 2.....FIRMATO.....

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 3.....FIRMATO.....

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 4.....FIRMATO....

Le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:

FIMMGFIRMATO

FP-CGIL Medici.....

Federazione Medici.....FIRMATO

Intesa Sindacale.....FIRMATO

Condividono il seguente documento strategico compatibile con la programmazione regionale e le disposizioni previste dall'Accordo collettivo nazionale, per la parte relativa alla medicina generale e concordano sui contenuti dei documenti allegati, composti da:

- Un primo documento di condivisione (Allegato 1) degli elementi fondamentali che orientano l'integrazione funzionale ed organizzativa tra Medico di Medicina Generale e SSR. Sulla base di una sintetica descrizione dei problemi di salute e di quelli organizzativi più rilevanti, si individuano gli obiettivi da perseguire nel triennio, assegnando di conseguenza i fondi che sostengono gli aspetti più rilevanti della convenzione regionale, quali:
 - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle équipes territoriali quale forma organizzativa più appropriata per il "governo clinico" della domanda di assistenza e della quota di offerta gestita sul territorio **per realizzare l' h 24 7 giorni su 7** ;
 - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo della forme incentivanti funzionali alle equipe territoriali (medicina di gruppo e personale di studio) presupposto basilare per il governo clinico della domanda e dell'offerta ed elemento fondamentale per l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino utente;
 - la ridefinizione delle condizioni per garantire al cittadino la continuità dell'assistenza tramite la piena integrazione nella equipe territoriale della " ex guardia medica" e delle altre forme organizzative della medicina generale;
 - linee di indirizzo e obiettivi sui quali definire il piano di formazione, aggiornamento e riqualificazione professionale (finalizzato prioritariamente alla continuità assistenziale) che viene messo in campo per sostenere quanto sopra.
- Un secondo documento specifico (Allegato 2) sull'articolato dell'accordo collettivo nazionale relativo alle parti cedevoli o comunque di rinvio agli accordi regionali.

ALLEGATO 1

1) Principali problemi di salute e assistenziali nella medicina di base

L'analisi, ancorché qualitativa, della casistica che ogni giorno impegna il medico di medicina generale, evidenzia la presenza di:

- una prima quota, numericamente rilevante, di cittadini colpiti da eventi morbosi acuti (legati ad infezioni delle vie respiratorie, dell'apparato digerente, etc), ma che sono per lo più risolvibili con un unico appropriato ciclo di cura erogabile a livello ambulatoriale;
- una seconda quota di cittadini colpiti da gravi eventi morbosi acuti (sindromi coronariche acute, ictus, gravi traumatismi, etc) che, per effetto della specializzazione oggi raggiunta dal Servizio 118 e dai servizi ospedalieri del Dipartimento di Emergenza Urgenza (PSO, etc), afferiscono rapidamente agli appropriati livelli ospedalieri e quindi rappresentano un carico assistenziale limitato per il mmg;
- una terza quota del tutto rilevante in termini numerici e soprattutto di carico assistenziale, di cittadini affetti da malattie cronico degenerative che cioè si protraggono nel tempo, talora presentando manifestazioni acute o subacute (episodi di scompenso della patologia di base, infezioni intercorrenti, patologie acute concomitanti, etc) e che, se lasciate a sé stesse, si aggraverebbero inevitabilmente, spesso potenziando a vicenda i loro effetti dannosi quando compresenti. Questo significa, per i cittadini che appartengono a questo terzo aggregato di casistica (e sono una percentuale sempre maggiore con l'avanzare dell'età), aver bisogno di una assistenza:
 - o basata sulla attenta e approfondita conoscenza delle specifiche caratteristiche individuali (contesto sociale e relazionale, profilo psicologico, fattori di rischio, comorbidità, etc);
 - o garantita da un professionista di fiducia che, avendo una aggiornata e qualificata visione generale delle soluzioni efficaci, sicure, accessibili e sostenibili messe a disposizione dalla medicina moderna e facendo parte di un servizio sanitario integrato e specializzato, sappia indicare gli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi più appropriati per i loro specifici problemi di salute e le loro specifiche condizioni di vita;
 - o qualificata in termini di garanzia della continuità dell'assistenza tra singole prestazioni ed i diversi servizi territoriali ed ospedalieri chiamati ad erogarle, anche in termini di appropriata disponibilità temporale degli interventi, nelle situazioni cliniche in cui il fattore tempo può avere un ruolo decisivo;
 - o integrata con personale medico ed infermieristico per pazienti dimessi in fase subacuta .

Condividendo che la convenzione debba dare risposte qualificate e innovative ai diversi bisogni di assistenza dei cittadini sopra rappresentati, occorre prendere atto che il maggiore scostamento tra bisogni dei cittadini e risposte appropriate della medicina generale e dei servizi territoriali nel loro complesso sia rilevabile nella terza quota di casistica sopra rappresentata.

E' questa l'area di intervento in cui è necessario riorganizzare l'attività dei molti operatori della medicina di base in funzione dei bisogni di salute e di assistenza dei cittadini, superando, con un approccio laico e nel quadro di un programma concertato, le rigidità legate ad assetti organizzativi obsoleti e a risposte assistenziali parziali.

Un secondo livello di analisi sui problemi organizzativi della medicina di base deriva da un primo bilancio dei risultati ottenuti in Umbria inquadrando e affrontando il ciclo di contrattazioni connesse con la convenzione precedente all'interno della strategia attivata dal PSR 2003-2005 sulla "clinical governance".

Nella prospettiva della programmazione sanitaria umbra si trattava infatti, a fronte della disfunzionalità dei classici sistemi di programmazione e controllo e delle inversioni tra mezzi e fini comportate dalla loro applicazione in sanità, di attivare livelli di autogoverno dei professionisti che assumessero su di sé l'onere della qualificazione dell'assistenza, in definite aree di attività e appropriati terreni di competenza, evitando sia arroccamenti categoriali che una eterogenesi dei fini sempre possibile quando si ha a che fare con processi aggregativi spontanei.

In tale cornice l'avvenuta attivazione delle equipe territoriali (termine che connota l'integrazione funzionale tra i distinti nuclei di medici convenzionati - mmg, pls e continuità assistenziale - ed i servizi territoriali dei distretti, primo tra tutti il centro di salute, considerato un prezioso e peculiare livello organizzativo del nostro SSR) costituisce un primo esito riconoscibile della clinical governance nell'assistenza territoriale, al cui raggiungimento ha dato un contributo prezioso il ruolo propositivo delle organizzazioni sindacali.

Tutto ciò premesso, si tratta ora di affinare e consolidare quanto fatto, anche alla luce delle valutazioni relative a questo primo ciclo di esperienze, valutazioni che derivano sia dalle analisi emerse negli incontri tenuti con le direzioni aziendali e di distretto, sia degli elementi emersi nei lavori di gruppo svoltisi in occasione degli interventi formativi congiunti tra coordinatori di equipe territoriali e responsabili dei centri di salute promossi dalla programmazione sanitaria regionale.

Sinteticamente, le equipe territoriali per quanto riguarda:

- i map ed i pls (pur avendo questi ultimi una maglia territoriale più ampia):
 - o hanno superato il problema della eccessiva frammentazione della medicina di base, consentendo la creazione di aggregazioni sostenibili di tutti i professionisti che concertano, d'intesa con i cds, percorsi e priorità, anche a seguito dell'investimento realizzato con la medicina di gruppo;
 - o hanno permesso ai centri di salute di recuperare una interlocuzione organizzata e non gerarchica con la medicina generale, con ciò dando una maggiore concretezza alla propria missione e permettendo loro di assumere un ruolo realmente rilevante nell'assistenza sanitaria di base;
 - o hanno fatto emergere dai ruoli della medicina generale una prima qualificata leva di coordinatori, che mettono a disposizione dei colleghi e dei centri di salute il loro tempo di lavoro e la capacità relazionale per migliorare la qualità dell'assistenza di base;
 - o hanno però svolto la loro attività in condizioni organizzative assolutamente informali (riunioni tenute la sera dopo cena, con supporti organizzativi e condizioni logistiche inadeguate, ecc.) e con una certa occasionalità nella scelta delle attività, ancora prive di una adeguata trama programmatica;

- i medici della continuità assistenziale:

hanno invece risentito di forti difficoltà nell'assumere realmente una funzione di integrazione. Tali difficoltà non derivano certamente da un insufficiente impegno nello svolgimento dei compiti assegnati dal precedente accordo regionale ai coordinatori dei nuclei della continuità assistenziale, quanto piuttosto dai cambiamenti intervenuti nella funzione della "continuità assistenziale" successivamente alla attivazione del servizio 118 e dalle problematiche organizzative che si sono evidenziate negli ultimi anni. Il servizio di

emergenza 118, nato ormai da circa 6 anni, è infatti ampiamente conosciuto da tutti i cittadini e viene da essi correntemente e normalmente attivato in tutte le reali condizioni di emergenza urgenza (e talora anche in situazioni di minore gravità, utilizzazione impropria dimostrata dal peso dei “codici bianchi”). In tale nuovo contesto, l’attività della continuità assistenziale assume un ruolo tendenzialmente depotenziato e pone al SSR l’esigenza di una profonda riorganizzazione, sia per quanto riguarda il senso delle équipe a ciò dedicate che per il mantenimento della funzione nelle attuali condizioni assistenziali. Si noti peraltro che nel settore è attivo un numero elevato di professionisti, con dotazioni superiori alla media nazionale e agli indici raccomandati¹

2) Obiettivi assistenziali ed organizzativi prioritari

2.1) Obiettivi assistenziali

A) Sottoporre a counselling ogni anno almeno il 25% degli assistiti che presentano i seguenti fattori di rischio comportamentali:

1. dipendenza da fumo di tabacco;
2. inattività fisica;
3. sovrappeso
4. dieta incongrua
5. screening raccomandati dalla programmazione sanitaria regionale (cervice, mammella, colon retto)

B) Raggiungere nei propri assistiti i livelli di copertura vaccinale raccomandati

C) Stimare il rischio cardiovascolare globale assoluto degli assistiti orientando gli stessi ad aderire ai trattamenti che hanno un rapporto costo beneficio migliore in termine di salute

D) Garantire appropriatezza prescrittivi e/o riduzione della domanda impropria e/o dei tempi di attesa, tramite linee guida concordate, nei settori :

1. della prescrizione farmaceutica per quanto riguarda il rispetto delle note AIFA, alle quali devono attenersi tutti gli specialisti;
2. della diagnostica di laboratorio per quanto riguarda le indicazioni del Centro Regionale di Riferimento per l’Oncologia relativamente ai markers tumorali;
3. della diagnostica strumentale per quanto riguarda le linee guida del dipartimento aziendale competente;
4. delle richieste di consulenze specialistiche per quanto riguarda le linee guida dei dipartimenti aziendali competenti;
5. dei ricoveri ospedalieri per quanto riguarda le linee guida dei dipartimenti aziendali competenti

¹ L’art. 64 dell’ACN introduce per la prima volta il principio del rapporto ottimale medici/abitanti per definire il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale in ciascuna Azienda. Attualmente nella nostra regione tale rapporto è di un medico ogni 3368 abitanti, quindi ben lontano dal livello medio di 1 a 5000 previsto dall’accordo nazionale. E’ vero che le caratteristiche orogeografiche ed abitative del territorio regionale impongono scelte differenziate che tengano conto del livello di disagio logistico ma è altrettanto incontrovertibile che l’organizzazione della C.A. ha risentito da una parte di una forte spinta localistica e dall’altra ha segnato un ritardo di “allineamento” con l’evoluzione complessiva del sistema.

E) Garantire continuità assistenziale in linea con le indicazioni aziendali per quanto riguarda:

1. ADI
2. ricoveri ospedalieri in ospedali di territorio e RSA
3. dimissioni protette
4. istituzionalizzazioni in residenze protette
5. assistenza ai malati terminali

2.2) Obiettivi organizzativi

A) Riorganizzare la “continuità assistenziale” prevedendo :

1. la sua piena integrazione nelle equipe territoriali dei mmg e pls;
2. la definizione di un rapporto tra medici e assistiti pari a 1/5000, salvo casi particolari in territori che presentino situazioni oro-geografiche considerate disagiate, da valutare a livello aziendale ;

3. la attivazione, in via sperimentale, del passante unico regionale 118 per tutte le chiamate relative alla emergenza e all’urgenza, con il successivo invio delle chiamate che sono appropriatamente rivolte alla continuità assistenziale.

I turni di reperibilità eccedenti il numero di quattro già regolamentati dagli accordi aziendali sono assegnati in via prioritaria ai medici titolari di incarico.

Al fine di poter garantire la piena integrazione con il medico di assistenza primaria e la continuità dell’assistenza per tutto l’arco della giornata, le sedi operative della CA dovranno essere dotate di strumentazione informatica in grado di collegarsi con il map e le altre strutture territoriali onde assicurare le necessarie informazioni tra i soggetti interessati e il pieno svolgimento dell’attività ambulatoriale.

Una quota del monte ore residuale risultante dalla applicazione del rapporto ottimale sopra previsto, può essere utilizzata per trasformare il rapporto orario da 24 a 38 ore settimanali ai medici che non hanno il doppio incarico, al fine di assicurare prestazioni nell’attività diurna ed in particolare in ADI.

Inoltre l’Azienda, laddove ravvisi l’esigenza assistenziale nelle ore diurne dei giorni feriali nell’ambito dell’attività delle equipe anche correlata all’integrazione con i servizi ospedalieri, può ampliare l’attuale fascia oraria dedicata all’attività ambulatoriale settimanale già prevista nel precedente accordo regionale, la quale è remunerata con € 123,00.lordi mensili .

Preso atto che il rapporto che si istaura tra l’Azienda e il medico di C.A. assume carattere giuridico di natura individuale, ferma restando la possibilità di farsi sostituire nei limitati e motivati casi previsti dall’ACN , in caso di reiterata assenza dal servizio il medico è sottoposto a procedimento disciplinare di cui all’art. 30 dell’ACN.

B) Riorganizzare l’emergenza territoriale prevedendo:

-la trasformazione del rapporto convenzionale con quello della dipendenza attraverso la pubblicazione di nuovi bandi destinati a coloro che possiedono il requisito di cinque anni di anzianità di rapporto convenzionale in emergenza sanitaria territoriale. A seguito di apposito monitoraggio conoscitivo del numero dei medici in possesso dei requisiti per accedere a tempo indeterminato nel posto di medico di emergenza territoriale, le Aziende pubblicano le zone carenti rese disponibili alla data di sottoscrizione del presente accordo corrispondenti al numero suddetto e comunque fino alla concorrenza del numero totale qualora il numero dei medici sia superiore a quello delle zone carenti. Dalla data di sottoscrizione del presente accordo alle future esigenze che si determineranno si farà fronte con personale della dipendenza in possesso di specializzazione in medicina e

chirurgia d'accettazione e d'urgenza o discipline equipollenti, in attesa del completamento del corso di studio nella istituenda specifica disciplina.

Sui compensi aggiuntivi derivanti dalla trattativa regionale e aziendale sono calcolate tutte le ritenute previste dalla legge.

Si ribadisce quanto stabilito dal comma 3 dell'art. 98 del nuovo Accordo nazionale in riferimento al periodo annuale retributivo di astensione obbligatoria dal lavoro.

Ai medici di emergenza territoriale in possesso dei requisiti richiesti dalle norme vigenti in materia, possono essere attribuiti incarichi di docenza nei corsi di formazione professionale.

L'Azienda organizza i turni reperibilità al fine di fronteggiare assenze improvvisate dal turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di quattro sono retribuiti mediante accordi aziendali.

Nel caso in cui non risulti possibile attribuire incarichi provvisori legati a vacanze del posto ovvero a sostituzioni temporanee del titolare, per carenza di aventi diritto inseriti nella graduatoria regionale, le Aziende possono procedere al conferimento di tali incarichi a medici in possesso dei requisiti per l'accesso alle specialità ricomprese nei Dipartimenti di Emergenza, con rapporto di lavoro di dipendenza. La relativa copertura finanziaria è assicurata con i fondi destinati alla medicina convenzionata e per tali motivi gli incarichi non sono soggetti alla preventiva autorizzazione regionale.

C) Potenziare le equipe territoriali dei mmg prevedendo:

1. l'integrazione della "continuità assistenziale" al loro interno, prevedendo una collaborazione attiva e funzionale tra i medici della continuità assistenziale e quelli di assistenza primaria, o in forma di nucleo che afferisce all'equipe o come sperimentazione d'equipe secondo quanto previsto nell'obiettivo organizzativo F.2.1) b;
2. supporto amministrativo adeguato grazie anche al personale che si renderà disponibile in seguito alla attivazione del consorzio regionale dei servizi amministrativi;
3. maggiori dotazioni di personale infermieristico grazie alla possibilità di utilizzare sul territorio la quota di infermieri che si renderanno disponibili in seguito alla attivazione delle week surgery negli ospedali di territorio;
4. che una quota dell'orario di lavoro mensilmente dovuto dai medici di base (almeno tre ore) sia dedicato alla programmazione delle attività delle equipe, consentendo in tal modo lo svolgimento delle riunioni in orari compatibili con le esigenze comuni ;
5. l'integrazione funzionale ed organica tra equipe, cds e altre forme organizzative;
6. assegnando ai coordinatori le seguenti funzioni:
 - a. formulazione del programma annuale di attività per la qualificazione della domanda assistenziale e della quota di offerta gestita dagli operatori che vi afferiscono, d'intesa con il responsabile del centro di salute e, ovviamente, con i colleghi facenti parte dell'equipe. Diverse periodicità possono essere concordate con il Responsabile del Centro di salute;
 - b. coordinamento della attività di audit strutturato, del lavoro dei gruppi e la funzionale gestione delle riunioni;
 - c. redazione periodica della relazione di valutazione della attività delle equipe con pertinenti indicatori di struttura processo ed esito.

D1)

Definire gli standard minimi del sistema informativo del mmg (standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 59, Lettera B ,comma 11)

Il software per la gestione della cartella clinica deve essere in grado di:

- ✓ consentire, la registrazione dei dati previsti dall'articolo 45, comma 2, lettera b;
- ✓ consentire la messa a disposizione del SSR dei dati previsti dall'articolo 45, comma 2, lettera b;
- ✓ Consentire il rispetto della normativa sulla privacy;
- ✓ Svolgere le normali attività di supporto clinico alla professione del MMG;
- ✓ Usare codifiche internazionali e nazionali per poter permettere lo scambio di informazioni tra i vari attori del SSR. (Classificazioni problemi ICD9, Classificazione ATC, Prontuario terapeutico, Nomenclatore Tariffario Regionale);
- ✓ Gestire in modo automatico le normative burocratiche relative alla prescrizione ed alle esenzioni;
- ✓ Consentire elaborazioni statistiche sui dati;
- ✓ Prevedere l'aggiornamento trimestrale del prontuario terapeutico;
- ✓ Prevedere l'aggiornamento periodico del Nomenclatore Tariffario Regionale;
- ✓ Integrarsi con servizi previsti dal progetto M.I.R. (Medici In Rete) quando questi saranno resi disponibili;
- ✓ Consentire la stampa automatizzata delle prescrizioni;
- ✓ Collegamento con il sistema informativo aziendale ed in particolare con la sede della continuità assistenziale per lo scambio di informazioni anamnestiche e sanitarie degli assistiti, nel rispetto della privacy;
- ✓ Integrarsi con il sistema informativo regionale, al netto delle spese di gestione, in particolare con:
 - Procedure CUP
 - Sistema di e-prescrizione
 - Sistema di e-refertazione
 - Servizi del sistema informativo regionale;
- Gestire la scheda anagrafica del paziente secondo gli standard regionali;
- Gestire le schede anagrafiche degli extra comunitari non in regola con il permesso di soggiorno (STP);
- Gestire la codifica nazionale e regionale delle esenzioni come definita nella nota regionale n. 28477 del 9 giugno 2006;
- Collaborare alla risoluzione dei casi di mancato invio della TS ai propri assistiti attraverso:
- Utilizzare gli standard individuati dalla Regione dell'Umbria nel documento " Standard Regionale di interfaccia per l'integrazione dei Servizi Applicativi Dipartimentali con il SIIS" per lo scambio di informazioni sanitarie ed in particolare : HL7, DICOM, SNOMED, LOINC.
- Disporre di appropriate funzioni di scambio messaggi in linea con quanto definito dagli standard CNIPA in termini di messaggistica (busta di E – gov)
- Disporre di funzioni automatiche che consentano l'interoperabilità tra sistemi eterogenei (Porte di Dominio – Porte Delegate)
 - l'acquisizione del Codice Fiscale dal tesserino verde e dei dati anagrafici corretti da un documento valido dell'assistito e la successiva comunicazione all'ufficio anagrafe della ASL di riferimento
ovvero
 - l'apertura di una chiamata al Contact Center regionale compilando un form

predefinito.

D2)

a) Promuovere la campagna di donazione degli organi

b) Promuovere la campagna di donazione del sangue

Le due campagne sono valutate dall'Azienda con parametri obiettivi regionali.

Ferma restando l'attribuzione di € 2,58 prevista dall'accordo regionale precedente di cui alla DGR n.456/2002, ai medici che ne hanno diritto è attribuita una ulteriore quota di € 2,42 ad assistito per l'adeguamento strumentale e l'espletamento delle ulteriori attività sopra elencate. Tale quota, non percentualizzata, è erogata dalla data di effettivo espletamento di tutti i compiti sopra previsti, a seguito di verifica aziendale.

E) Attivare un nuovo sistema premiante

Ferma restando la libertà prescrittiva del medico e l'irrinunciabile diritto del cittadino alla migliore cura per i propri problemi di salute e considerata inoltre la realtà contingente e le attuali congiunture economiche del Paese, si rende necessario per il medico di medicina generale:

- 1) contribuire alla sostenibilità del SSN e del SSR;
- 2) dedicare, nel quotidiano esercizio della propria attività professionale, una particolare e specifica attenzione:
 - al rispetto delle regole
 - al corretto ed appropriato utilizzo delle risorse che non sono né possono essere "infinite"
 - ad evitare sprechi e prestazioni ridondanti che le statistiche ed i dati sia nazionali che regionali

dimostrano essere a tutt'oggi essere presenti in maniera significativa.

Un simile impegno assume soprattutto un valore etico in quanto funzionale alla salvaguardia dell'attuale sistema sanitario solidaristico ed universale, altrimenti a rischio.

Affermata la necessità di addivenire ad un prontuario farmaceutico unico ed omogeneo ospedale-territorio, da definirsi entro sei mesi dalla firma del presente accordo, il sistema premiante di seguito declinato, con esclusione dei farmaci la cui prescrizione è vincolata alla definizione di diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, non può comportare nessuno specifico investimento aggiuntivo a carico del bilancio regionale. Esso in particolare si articola in due azioni tra loro strettamente correlate:

F) in linea di continuità con il precedente accordo regionale

1. della intera quota fissa della retribuzione (fatta pari a 100) solo in seguito alla effettiva attestazione, rilasciata dal responsabile del centro di salute e dal coordinatore del nucleo di equipe di appartenenza:
 - a. della partecipazione alle riunioni di equipe (peso pari a -x%, se manca al 25% delle riunioni annuali), essendo la presenza nella equipe un requisito richiesto per l'esercizio della attività convenzionata;
2. di due quote di retribuzione variabile, a loro volta divise (facendo pari a 100 il peso standard raggiungibile da ciascun mmg) in:
 - 2.1) una quota di retribuzione di funzione destinata a remunerare (peso pari a 20):
 - a. la funzione di coordinatore (€ 180,00);
 - b. lo svolgimento da parte di tutti i componenti di ogni singola equipe, 24 h al giorno per 7 gg, alla settimana, della continuità dell'assistenza a tutti i propri assistiti attraverso la

piena integrazione e nel rispetto della propria autonomia funzionale, tra i medici di assistenza primaria e quelli della continuità assistenziale, con particolare riferimento a quelli ai quali sono state attribuite 38 ore settimanali, da realizzarsi in forma sperimentale almeno una in ogni Azienda, da istituire entro un anno dalla firma del presente accordo (peso pari a 30);

- c. la effettiva adesione, certificata dal coordinatore del cds e dal coordinatore del nucleo di equipe di appartenenza, ad altre misure previste dagli accordi regionali e aziendali (peso pari a 20)

2.2) di una quota di retribuzione di risultato percepibile sulla base del raggiungimento dei seguenti standard di performance (peso pari a 80 + le quote extra):

- a. copertura vaccinale degli assistiti conforme alle raccomandazione OMS/ISS (peso 5)
- b. adesione degli assistiti, riferiti alle opportune classi di età, ai tre screening raccomandati dalla programmazione sanitaria regionale, almeno uguale al 70% alla fine di ciascun round (peso 10) ;
- c. quota di assistiti con RCV ≥ 20 che aderiscono alla nota 13 (peso 10);
- d. Corretta e completa compilazione della ricetta, leggibile dal sistema a lettura ottica, sulla base dei seguenti indicatori di qualità (peso 20):
 - 2% codice fiscale assistito non riconosciuto nell'ambito del sistema regionale di monitoraggio e lettura ottica delle prescrizioni;
 - 1% ricette non riconosciute nell'ambito del sistema regionale di monitoraggio e lettura ottica delle prescrizioni;
- e. quota percentuale delle prescrizioni di farmaci generici compresi nella classe terapeutica equivalente non inferiore o di costo uguale:
 - dal 30% al 40% (peso 20)
 - dal 40% al 50% (peso 30)
 - dal 50% al 60% (peso 40)
- f. percentuale di adesione alle indicazioni :
 - del Centro Regionale di Riferimento per i markers oncologici (peso 5);
 - delle linee guida del dipartimento aziendale competente per la diagnostica strumentale (peso 5);
 - delle linee guida dei dipartimenti aziendali competenti per le richieste di consulenze specialistiche (peso 5);
 - delle linee guida dei dipartimenti aziendali competenti per ricoveri ospedalieri nel territorio di competenza (peso 10)
 - fornite dall'approccio Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), che si basa su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente (peso 10)
- g. prestazioni in continuità dell' assistenza garantite nell'anno (ADI + gestione pz in ospedale di comunità, + dimissione protetta, + assistenza malato terminale) almeno pari a:
 - 50 prese in carico (peso 10);
 - 80 prese in carico (peso 10 + 10).

Il presupposto indispensabile per il corretto raggiungimento degli obiettivi sopra evidenziati consiste nel rafforzare il confronto già avviato a livello regionale tra i soggetti coinvolti nel percorso di salute del cittadino (specialisti ospedalieri ed universitari), con la conseguente formulazione e definizione di linee guida concordate e vincolanti.

La quota di incentivo già prevista (€4,13 per assistito) è aggiornata a € 6,00 per assistito a decorrere dalla data di sottoscrizione del presente accordo ed è utilizzata anche per il finanziamento delle quote extra. La stessa è erogabile il mese di marzo dell'anno successivo alla

verifica, a seguito del raggiungimento degli obiettivi specifici fissati nell'accordo decentrato aziendale in applicazione di quanto sopra enunciato.

La quota di € 3,08 ad assistito, corrispondente alla quota variabile prevista dalla tabella C dell'art.9 dell'ACN, continua ad essere erogata, salvo risultato negativo attestato a seguito di verifica effettuata entro il mese di ottobre 2006. Tale quota è erogata a seguito del raggiungimento degli obiettivi finalizzati al governo clinico e al rispetto dei livelli programmati di spesa definiti dalla trattativa decentrata aziendale.

G) in riferimento ad obiettivo specifico di integrazione ed appropriatezza :

Le parti convengono che, in relazione al protocollo siglato tra la Regione e il Comando Regionale della Guardia di Finanza per l'attività ispettiva e di prevenzione degli abusi in particolare riferiti alla prescrizione farmaceutica, qualora sia necessaria l'attivazione dell'attività ispettiva si dovrà preventivamente discutere la problematica nell'apposito osservatorio sull'appropriatezza.

Le stesse concordano sull'impegno:

- a favorire la distribuzione diretta di farmaci e presidi in misura di un + 5% rispetto al migliore risultato ottenuto ad oggi
- a favorire la distribuzione a domicilio per assistiti in ADI e ADP di farmaci e presidi
- a partecipare ed osservare mensilmente nelle riunioni di equipe programmi di audit prescrittivi su almeno 4 classi ATC di farmaci che risultino di maggiore incidenza nel determinare la spesa farmaceutica.

La quota di incentivo prevista per l'anno 2006 ammonta a € 4,00 per assistito ed è erogabile il mese di marzo dell'anno successivo solo se la spesa farmaceutica regionale dell'anno considerato non sia superiore a quella del 2005 al netto degli effetti prodotti dai provvedimenti di contenimento della spesa adottati a livello nazionale e regionale, a seguito di verifica.

Per gli anni successivi sarà definito un apposito accordo regionale.

H) Definire il percorso per l'applicazione delle previsioni sull'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse ex art. 27 dell'ACN

La Regione umbria, le Aziende Sanitarie ed i Medici di Medicina Generale concordano che la continuità dell'assistenza, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, la riduzione degli sprechi, l'operare secondo principi di efficienza ed efficacia e di costo beneficio non sono obiettivi della sola assistenza primaria, ma di tutto il sistema.

In particolare ritengono che tali obiettivi in campo farmaceutico possano continuare ad essere colti se a livello aziendale vengono stipulati accordi con tutti i professionisti operanti nel sistema, finalizzati al rispetto di quanto disposto dall'art.1 della legge n. 425 dell'8 agosto 1996 dalle note AIFA, da quanto previsto dall'art.15-decies del decreto legislativo 229/99, tendendo alla definizione, con il concorso di tutti i professionisti, di un prontuario farmaceutico unico ospedale territorio.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale tali obiettivi possono realizzarsi con il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, insieme agli specialisti ambulatoriali, in gruppi di lavoro integrato ospedale-territorio, con il mandato di definire i percorsi diagnostico terapeutici per importanti patologie croniche e le indicazioni cliniche prioritarie per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali le cui attese risultano critiche e comprese nell'elenco delle prestazioni definite nel Piano Nazionale di contenimento delle Liste di Attesa per il triennio 2006- 2008 (legge n.266/2005).

L'applicazione di quanto sopra detto si esplicita nelle seguenti fasi:

- 1) Accordo definito nell'ambito del Comitato aziendale ex art 23 (stipulato con le OOSS territoriali presenti nel comitato aziendale e firmatarie dell'accordo regionale), che si sviluppa sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali, individuati anche con gli strumenti del governo clinico della medicina generale e nel quale si preveda altresì un piano di sviluppo delle forme associative.

L'accordo aziendale dovrà prevedere, in aggiunta ad altri e diversi obiettivi localmente definiti, anche gli "obiettivi di salute" individuati a livello regionale, secondo i principi e con le modalità espresse al successivo paragrafo anche relative alla struttura del compenso.

Ove gli "obiettivi di salute" obbligatori a livello regionale siano già stati finanziati a livello aziendale, le Aziende UU.SS.LL. provvederanno a riconvertire i propri finanziamenti su altri obiettivi, contenuti nell'Accordo/ contratto, ritenuti prioritari a livello aziendale.

L'accordo aziendale dovrà inoltre identificare specifici obiettivi di appropriatezza in ambito:

- farmaceutico (utilizzazione dei farmaci generici o al costo più basso previsto in prontuario a parità di efficacia, eliminazione ovvero drastica riduzione delle prescrizioni ridondanti mediante l'utilizzo di un sistema di banca-dati, incremento della distribuzione diretta di farmaci e presidi con possibilità di consegna a domicilio del paziente);
- diagnostico e specialistico ambulatoriale (adozione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici partecipati e condivisi con indicatori di processo e risultato focalizzati su aree critiche di maggiore prevalenza e applicazione del metodo RAO per singole prestazioni, in base alle linee di indirizzo regionali in fase di redazione);
- di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, equipe e altre forme associative.

- 2) L'accordo aziendale, in particolare per le forme associative, dovrà favorire un atteggiamento proattivo nei confronti degli assistiti affetti da patologie croniche o di quanti costituiscono target dei programmi di prevenzione;

- 3) L'accordo aziendale dovrà prevedere che una quota del sistema premiante venga corrisposta in base al raggiungimento di obiettivi finalizzati alla riduzione della domanda impropria di prestazioni specialistiche ambulatoriali , prioritariamente per le prestazioni le cui attese risultino critiche , mediante la partecipazione alla sperimentazione all'approccio RAO e/o l'adesione ai percorsi DT per importanti patologie croniche.

- 4) L'accordo aziendale sarà finanziato attraverso:

- fondi aziendali legati al raggiungimento di obiettivi di appropriatezza, coerentemente a quanto previsto all'art.8, comma 2, lettera b) e nella misura di quanto determinato dal presente accordo regionale

I) Consolidare la rappresentanza della medicina generale ai diversi livelli del sistema di "clinical governance", prevedendo:

1. l'attivazione a livello regionale della "Conferenza delle equipe territoriali di mmg, continuità assistenziale e pls ", che si riunisce, con la presenza dei direttori di distretto, delle direzioni sanitarie e delle società scientifiche della medicina generale e della pediatria di libera scelta, almeno ogni sei mesi per valutare lo sviluppo delle equipe territoriali e formulare raccomandazioni in merito:

- all'inserimento organico nell'"Osservatorio sulla appropriatezza prescrittiva", oltre alle rappresentanze già previste, dei coordinatori delle equipe territoriali;

- alla formalizzazione dell'apporto da parte della medicina generale al "governo clinico":
 - nel collegio di direzione aziendale;
 - nell'Ufficio di coordinamento distrettuale o negli appositi organismi individuati all'interno dello staff del direttore generale (con modalità correlate alla organizzazione locale);
 - alla prosecuzione, su un piano distinto da quelli sopra citati, delle attività degli organismi già previsti per il monitoraggio degli accordi sindacali.
2. l'attivazione a livello aziendale di gruppi di lavoro integrati ospedale territorio volti a realizzare l'obiettivo dell'appropriatezza delle prescrizioni tramite l'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici e raggruppamenti di attesa omogenei (RAO).

L) Attivare un programma aziendale di formazione dei mmg

Annualmente la Regione e le OO.SS. definiscono, in coerenza con gli obiettivi del PSR, il piano formativo di aggiornamento professionale obbligatorio che dà diritto ai crediti formativi per soddisfare il proprio debito annuale. La Regione, a seguito di specifiche intese con l'Università, prevede le attività formative del medico di medicina generale nelle aree di cui all'art. 20, comma 3, dell'ACN. Il piano annuale di formazione individua: il fabbisogno regionale degli animatori e dei docenti di medicina generale, l'attuazione e i criteri di partecipazione ai corsi degli animatori di formazione permanente sulla base di un curriculum formativo specifico, le modalità e i criteri per la formazione didattica e professionale permanente dei docenti di medicina generale. È istituito un elenco di animatori di formazione e di docenti di medicina generale individuati tra i medici di medicina generale. In prima applicazione sono iscritti nel rispettivo elenco coloro che sono già inseriti nell'albo degli animatori istituito dalla Regione. Successivamente saranno iscritti coloro che avranno frequentato apposito corso formativo. La partecipazione all'aggiornamento professionale obbligatorio avviene di norma nella giornata del sabato. I corsi di formazione e di aggiornamento professionale di carattere regionale e di formazione specifica in medicina generale sono espletati presso la Scuola Regionale di sanità.

Strategia forme associative

In relazione al significativo investimento effettuato dal sistema sanitario umbro sulle forme associative della Medicina Generale, che dovranno tendere secondo il PSR al modello organizzativo più evoluto e cioè alle équipe territoriali, e che vedono allo stato attuale sul territorio una situazione così configurata:

- | | |
|----------------------------|--------|
| • medicina di gruppo | 36,76% |
| • medicina in rete | 6,40% |
| • medicina in associazione | 40,60% |
| • collaboratore di studio | 38,83% |
| • infermiere professionale | 4,33% |

e in virtù dell'importanza riconosciuta alle forme organizzate nel modello assistenziale umbro, e nell'ottica di un progressivo affinamento di risposta territoriale:

1. si riconoscono i seguenti compensi forfettari annui per ciascun assistito in carico, così come definiti dall'art .59, lett.B, punti 4,6,7:

- medicina di gruppo euro 7,00
- medicina in rete euro 4,70
- collaboratore di studio euro 3,50
- infermiere professionale euro 4,00

La decorrenza degli aumenti previsti è fissata al 1° gennaio 2005.

1. Qualsiasi forma associativa, il cui numero minimo di medici di medicina generale non può essere inferiore a tre, deve essere preventivamente autorizzata dall'Azienda di appartenenza. Le forme associative della medicina di gruppo composte da soli due medici, già in essere alla data dell'entrata in vigore dell'ACN, sono fatte salve. Sono inoltre fatte salve, fino alla data di sottoscrizione del presente accordo, le forme associative costituite da due medici di medicina generale ed uno o più pediatri di libera scelta. Nuove eventuali forme associative composte da soli due medici di medicina generale sono autorizzate dall'Azienda in via eccezionale in riferimento a particolari situazioni oro-geografiche e organizzative, tenuto conto comunque di dover garantire la corretta e agevole assistenza agli utenti. E', inoltre, consentito il superamento graduale dei tetti attuali della medicina di gruppo e della medicina in rete in rapporto al livello di integrazione con le equipe territoriali e a condizione che contestualmente e contemporaneamente, si verifichi una diminuzione della medicina in associazione di una percentuale pari a quella incrementata.

2. L'incremento della percentuale del collaboratore di studio e dell'infermiere professionale è

indissolubilmente correlato a quello della medicina di gruppo e a specifici obiettivi tesi ad affinare la risposta territoriale sulla base di modalità da definire nell'accordo aziendale. In particolare per quanto riguarda la figura dell'infermiere professionale, tenuto conto della concreta difficoltà di reperire tale professionalità sul mercato del lavoro stante la carenza che si è determinata in questi ultimi anni, si ritiene di potervi sopperire tramite l'utilizzo dell'OSS specializzato. Sarà cura della Regione istituire un apposito corso di formazione che, sulla base delle esigenze e delle possibilità occupazionali, consenta a chi già possiede la qualifica di OSS di specializzarsi attraverso procedure selettive predefinite;

3. Si prevede che nella logica di un investimento connesso alla ottimizzazione delle risorse, in caso di mancata corrispondenza dei requisiti previsti dall'accordo nazionale (appositi strumenti saranno identificati nella definizione dell'art.54), l'azienda sanitaria sospende l'erogazione della/e intera/e indennità oggetto di contestazione;

A valere dall'entrata in vigore del presente accordo regionale, fermo restando che l'attuale percentuale della medicina in associazione è da considerare ad esaurimento, i tetti percentuali a livello regionale sono così ridefiniti:

- medicina di gruppo 45%
- medicina in rete 10%
- collaboratore di studio 45%
- infermiere professionale 6%

Le percentuali così definite calcolate sulla popolazione di 762.000 abitanti., con l'esclusione di quella riferita all'infermiere e con il conteggio di quella riferita al dato regionale consolidato dell'associazionismo semplice, costituiscono il budget complessivo regionale dal quale ricavare la quota individuale che ogni singola azienda dispone per l'assegnazione dei fondi incentivanti destinati alle forme organizzative sopra descritte. I punti precedenti, condivisi dalle parti firmatarie, non sono da ritenersi esaustivi dell'applicazione della strategia regionale, che troverà una ulteriore elaborazione in sede di successivi accordi, dopo una verifica sull'attuazione della presente intesa e di quelle aziendali, da effettuarsi all'inizio del 2007.

I compensi attribuiti ai medici di medicina generale per le attività svolte nelle RSA già previsti nell'accordo regionale recepito con DGR 2590 del 2/5/1997 sono rivalutati del 20%. In caso di nuovi incarichi, il criterio prioritario di assegnazione riferito al numero massimo di scelte è da considerare 300.

I contenuti dell'accordo regionale precedente non modificati dall'accordo nazionale e dalla presente intesa, rimangono in vigore.

ALLEGATO 2

art. 16 Assegnazioni incarichi a tempo indeterminato

comma 7

Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale si definisce la riserva delle seguenti percentuali:

- 50% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
- 50% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente

In caso di un solo posto o di numeri dispari la precedenza è assegnata al medico in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.

art 21 Diritti sindacali

comma 1

Le modalità di pagamento (corresponsione diretta al medico che partecipa all'attività di cui al presente comma) e l'entità del compenso sono confermate, secondo quanto previsto dalla DGR n. 456/2002 di recepimento dell'accordo regionale precedente.

Art. 23 Comitato aziendale

comma 4

Il Comitato aziendale ha la titolarità per la definizione di qualsiasi tipo di accordo con la Medicina Generale. In analogia con la procedura temporale prevista nel livello regionale / nazionale, il Comitato aziendale è tenuto a definire accordi aziendali entro 120 gg dalla data di sottoscrizione dell'Accordo regionale. Trascorso tale periodo il Comitato Regionale può assegnare ulteriori 60 gg all'Azienda che ne faccia espressa richiesta; trascorso l'ulteriore periodo l'Accordo aziendale viene predisposto dal Comitato aziendale con l'intervento della Regione e delle Organizzazioni sindacali regionali.

Il Comitato aziendale ex art. 23 deve obbligatoriamente stipulare:

- un Accordo con tutta la medicina generale, che si sviluppa sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali, individuati anche con gli strumenti del governo clinico della medicina generale e nel quale si preveda altresì un piano di sviluppo delle forme associative, secondo quanto definito nell'accordo regionale. Tale accordo aziendale dovrà prevedere, in aggiunta ad altri e diversi obiettivi localmente definiti, anche gli "obiettivi di salute" individuati a livello regionale. L'accordo aziendale dovrà identificare gli specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, equipe e altre forme associative, coerentemente a quelli fissati dal presente accordo regionale..

A titolo puramente indicativo, ma con intento omogeneizzante, si fornisce un set di riferimento dei contenuti dell'accordo:

- la medicina di iniziativa, intesa quale standard organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno 3 obiettivi di salute, 2 dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati tra gli obiettivi prioritari regionali.

Qualora uno o più obiettivi tra i tre prioritari siano già oggetto di accordo aziendale potranno essere identificate altre priorità, sempre nell'ambito degli obiettivi sopra elencati;

- la misurazione delle performance assistenziali, quale risultato della definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito, ciascuno con l'identificazione di standard minimi, di golden standard e di peso - per gli "obiettivi di salute";
- un atteggiamento proattivo nei confronti degli assistiti affetti da patologie croniche o di quanti costituiscono target dei programmi di prevenzione in particolare per le forme associative;
- l'appropriatezza e il monitoraggio anche tramite report annuali (trimestrali / mensili) delle variabili di produzione delle cure primarie, intesa come appropriatezza di erogazione (art. 27) quali: farmaceutica, specialistica, ricoveri, farmaceutica integrativa;
- la Qualità dell'assistenza rispetto:
 - agli aspetti organizzativi: attivazione CUP negli ambulatori, fornitura flussi informativi a fini epidemiologici (art. 45 comma 2), disponibilità telefonica (art. 36 comma 8), modalità di effettuazione dell'ambulatorio (ore di apertura, ambulatorio per patologie, su appuntamento...)
 - agli aspetti clinico assistenziali: vaccinazioni (antinfluenzale, pneumococco, difterite-tetano...) intese come percentuale di copertura su target definito e non come retribuzione a prestazione, screening oncologici (% di complicanze su popolazione target del singolo MMG), telemedicina (ECG, spirometria, dermatologia.. ..), Educazione sanitaria (tabagismo, ed. alimentare, incent. attività motoria. . .)
 - ai percorsi di salute dei cittadini affetti da cronicità: diabete (applicazione percorso regionale), scompenso, rapporti ospedale territorio, frattura femore, ipertensione.....

art. 30 Collegio Arbitrale

Ai componenti del Collegio arbitrale è corrisposta una indennità nella misura e alle condizioni già previste nell'accordo regionale precedente per i componenti del Comitato Regionale.

art 31 Diritto di sciopero

Si confermano le disposizioni previste dall'Accordo Regionale precedente e dalle successive decisioni assunte in sede di Comitato Regionale in merito ai compensi e alle modalità di adesione da parte dei medici di assistenza primaria allo sciopero.

comma 2

per i soggetti istituzionalmente preposti si intendono quelli afferenti all'area della medicina generale convenzionata

art. 33 Rapporto ottimale

comma 14

In caso di modifiche di ambito territoriale il medico può optare per il rapporto convenzionale presso una delle Aziende oggetto della riorganizzazione d'intesa con le stesse.

art. 35 Instaurazione del rapporto convenzionale

comma 12 Residenza del medico di medicina generale

Il medico nel corso del rapporto convenzionale di assistenza primaria può trasferire la propria residenza in altro comune non appartenente all'ambito territoriale di convenzionamento, purchè, al fine di non creare alcun pregiudizio allo svolgimento della propria attività di medico di base nei confronti degli assistiti che lo hanno scelto, elegga il proprio domicilio nell'ambito territoriale di attività e comunichi lo stesso entro 30 gg all'Azienda.

comma 14 Apertura studi medici

Accertata la facoltà per i medici convenzionati dell'apertura di più studi con il conseguente frazionamento dell'orario complessivo fra tutti gli studi, in caso di medico aderente ad una medicina di gruppo la parte maggioritaria dell'orario di ambulatorio, con riferimento a quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, deve essere riservata a quest'ultima sede.

art 37 Sostituzioni

comma 1

Visto quanto previsto in merito alle assenze superiori a 3 gg consecutivi rispetto:

1. all'obbligo da parte dei medici sostituiti di comunicare con la dichiarazione di assenza la motivazione tra quelle previste dall'art. 18 dell'accordo,
2. all'obbligo di informazione dei propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.
3. all'obbligo del sostituto, al momento dell'accettazione di sottoscrivere e rilasciare al titolare una dichiarazione così come previsto nell'allegato C.

Si propone l'adozione di moduli regionali dai quali si evincano rispettivamente: il motivo e la durata dell'assenza del medico titolare e il nome del sostituto, la dichiarazione rilasciata dal sostituto come previsto dalla normativa nazionale (vedi moduli allegati).

Per quanto riguarda il debito informativo del sostituto, lo stesso deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, che riporti quanto previsto nell'allegato C, comma 5 e che il titolare dovrà consegnare all'Azienda unitamente alla propria dichiarazione. Per tutte le sostituzioni successive e fino a qualsiasi modifica dello stato giuridico o professionale del medico sostituto fa fede la prima dichiarazione presentata.

.E' fatto obbligo, per i medici titolari informare i propri assistiti sulle modalità della sostituzione, tramite messaggio rilasciato nella segreteria telefonica e affissione dell'informativa presso gli ambulatori convenzionati.

comma 2

Per le sostituzioni programmate inferiori a 30 gg, fatte salve le sostituzioni effettuate ad un medico di assistenza primaria da parte:

- 1) di un medico convenzionato per l'assistenza primaria con numero di scelte inferiore a 650,
- 2) un medico convenzionato per la continuità assistenziale a 24h settimanali,
- 3) un medico convenzionato per la medicina dei servizi a 24 h settimanali,

l'impegno derivante dalla sostituzione attribuita sommato ad eventuale altre attività compatibili

svolte in orario diurno, non può superare l'orario complessivo di 40 h settimanali.

La sostituzione da parte di un medico di assistenza primaria massimalista ad un altro medico convenzionato è consentita solo per un massimo di 5 gg, escluso le sostituzioni fra medici appartenenti alle forme associative per le quali l'istituto della sostituzione è consentito.

comma 15

Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione nei termini previsti dal precedente comma 2, deve informare tempestivamente l'azienda; qualora l'Azienda non sia in grado di individuare il nominativo del sostituto entro 3 gg dalla comunicazione del medico, lo comunica telefonicamente all'interessato. In tal caso il medico stesso può procedere in deroga a quanto previsto dallo stesso comma 2.

Precisazioni in merito a sostituzioni di medici associati

Il medico, sostituto di un medico facente parte di una medicina di gruppo, per tutta la durata della sostituzione, assume i medesimi obblighi associativi del titolare. (Verificare la compatibilità in caso di presenza nell'associazione del medico pediatra)

Le indennità relative all'associazionismo, al collaboratore di studio, al collaboratore infermieristico e alla collaborazione informatica costituiscono compensi dovuti al titolare anche se sostituito.

art. 38 Incarichi provvisori

comma 6

Rispetto alla concessione in uso della struttura ambulatoriale pubblica ai medici convenzionati con l'Azienda per un incarico provvisorio, la stessa valuta l'opportunità di concedere la struttura a titolo gratuito in ragione della durata dell'incarico, del numero e della distribuzione degli assistiti nonché della situazione oro-geografica.

art. 39 Massimale di scelte

comma 11 e comma 12

Le scelte temporanee, cui si fa riferimento nei commi indicati, sono considerate in deroga al massimale individuale nella misura massima del 5% e in ogni caso il massimale individuale non può superare il numero di 1575 assistiti.. A tal proposito si chiarisce che il limite numerico di scelte entro il quale il doppio incarico del medico (assistenza primaria e continuità assistenziale) è ritenuto compatibile non è considerabile quale massimale individuale bensì esclusivamente come tetto imposto alla compatibilità dei due rapporti.

art 40 Scelta del medico

comma 2

Sono confermate le informazioni da fornire al cittadino allo sportello della Azienda USL quando effettua la scelta del medico, riproponendo quanto concordato nel precedente accordo regionale. Nello stesso contesto è richiesto al cittadino il consenso informato per il trattamento dei dati da parte del medico che sceglie. Il modulo di consenso, firmato in originale dall'assistito, sarà consegnato al medico interessato in occasione della consegna del tabulato delle variazioni assistiti. Vedi allegato modulo

art 41 Revoca scelta

comma 2 garanzia continuità assistenza

Il medico revocato è tenuto a mettere a disposizione dell'utente stesso le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, su supporto informatico, ove possibile, diversamente su supporto cartaceo.

art. 42 Revoche d'ufficio

comma 5

Al fine di abbreviare i termini temporali delle comunicazioni ai medici interessati, le Aziende dovranno fare in modo tale che il certificato necroscopico, in possesso dell'Azienda, venga trasmesso tempestivamente ai propri uffici preposti alla tenuta dell'anagrafe degli assistiti per l'aggiornamento e la regolarizzazione degli iscritti degli elenchi.

comma 9

In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'utente nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fattispecie:

- o nel caso di un cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda non dovrà essere operata alcuna variazione del medico di fiducia, fino a quando il cittadino stesso non procederà ad eventuale nuova scelta;
- o nel caso di cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale: limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda ovvero non limitrofo, ma appartenente alla stessa Azienda, deve essere avvertito il cittadino al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, e per conoscenza il medico curante, informando il cittadino stesso della possibilità di mantenere invariato il medico di fiducia (art. 40 comma 10), subordinatamente al parere obbligatorio del Comitato aziendale ex art. 23, qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione con decorrenza dalla data del trasferimento di residenza;
- o nel caso di trasferimento in ambito territoriale non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati ulteriori adempimenti.

art. 59 Trattamento Economico

lettera C, comma 1

L'Azienda Sanitaria Locale invia semestralmente all'utente il riepilogo delle prestazioni aggiuntive descritte alla lettera A dell'Allegato D effettuate allo stesso dal proprio medico di fiducia nel periodo considerato.

Art. 65 Massimali

Comma 2

Il plus orario di 4 ore settimanali è attribuito in via prioritaria ai medici già titolari di continuità assistenziale.

art. 70 Sostituzioni ed incarichi provvisori

comma 8

L'incarico di sostituzione del medico di continuità assistenziale è conferito per un periodo non inferiore a sei mesi continuativi, nel caso che la sostituzione richieda un periodo pari o superiore.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA A VERBALE

La parte pubblica e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, coerentemente all'impegno assunto nell'Accordo Nazionale, concordano sulla opportunità di istituire un tavolo tecnico finalizzato alla analisi del sistema di medicina generale che è distribuito nel territorio con lo scopo di pervenire, nel periodo di sei mesi, ad una proposta di riorganizzazione volta a disincentivare il doppio incarico a favore del pieno impiego nell'assistenza primaria o nella continuità assistenziale con la revisione verso l'alto del rapporto ottimale.

DICHIARAZIONE A VERBALE DI INTESA SINDACALE

La Cisl Medici, pur valutando non del tutto soddisfacente l'accordo regionale dei medici di Medicina Generale, tuttavia ritiene che la lunga trattativa abbia migliorato i contenuti del testo predisposto dalla parte pubblica specie nella parte relativa all'ampliamento dell'offerta assistenziale con l'attivazione dell'H 24 in tutte le aziende del territorio regionale e nella parte relativa ad una maggiore appropriatezza prescrittivi con l'introduzione, in tempi certi e brevi, di un prontuario farmaceutico unico ospedale-territorio.

La Cisl Medici ritiene in ogni caso prioritario ed indispensabile un diverso assetto organizzativo della medicina del territorio incentrata sulle strutture del Servizio sanitario Regionale e che un intervento legislativo regionale sia lo strumento più appropriato e di maggiore garanzia.

La Cisl Medici valuta positivamente, e ne prende atto con soddisfazione, l'impegno formale dell'Assessore che in Umbria non si attueranno politiche tendenti ad una riduzione degli attuali livelli occupazionali.

La Cisl Medici vigilerà in maniera attenta e contrasterà in maniera ferma, sia a livello regionale che aziendale, eventuali provvedimenti che, non tenendo conto delle particolari condizioni di disagio territoriale, possano mettere a rischio la quantità e la qualità delle prestazioni e delle prescrizioni, specie quelle a favore dei soggetti più deboli.

Relativamente alla dichiarazione congiunta a verbale Intesa Sindacale, pur concordando sull'opportunità di istituire un tavolo tecnico finalizzata ad una proposta di riorganizzazione del sistema di medicina generale, non condivide la parte in cui si fa riferimento alla " revisione verso l'alto del rapporto ottimale ".

PROTOTIPI MODELLI DA ADOTTARE IN CASO DI SOSTITUZIONI MEDICI
CONVENZIONATI
Modello I

SEGNALAZIONE DI ASSENZA VOLONTARIA
(da presentare entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, obbligatoria
per assenze superiori a tre giorni)

All'AZIENDA SANITARIA USL ____
DI _____

Struttura _____
Via/p.zza _____
Cap. _____ Comune _____

Io sottoscritt_ dott. _____ codice regionale _____

dei medici di medicina generale
iscritt_ nell'elenco _____ nell'ambito territoriale di _____

specialisti pediatri di libera scelta
comunico
che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato per il periodo presunto dal _____ al _____
per motivi ² : _____, e che in tale attività verrò così sostituito:
dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____
dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____
dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____

² Indicare se l'assenza è dovuta a:

- recupero psicofisico
- malattia
- affiancamento sindacale

Dichiaro che durante la mia assenza verranno rispettate le disposizioni di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale, con particolare riferimento alle norme riguardanti modalità organizzative dell'attività assistenziale.

data

timbro e firma del titolare

I dati personali dei sostituti verranno forniti dagli interessati all'atto del rilascio delle rispettive dichiarazioni previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale

Modello 2

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

- di MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- di PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

All'AZIENDA SANITARIA USL

Struttura _____
Via/p.zza _____
Cap. _____ Comune _____

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice regionale

Medico sostituito

Cognome e nome	Codice regionale

Periodo della sostituzione:

Dal giorno:

G	M	A

Al giorno:

G	M	A

Tipo di sostituzione:

d'ufficio
volontaria

Motivo dell'assenza:

recupero psico fisico
malattia
sospensione disciplinare
affiancamento sindacale
altro

firma del medico sostituto

firma del titolare sostituito

Modello 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(legge 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritt_ _____ codice fiscale

Codice enpam _____ nat_ a _____ il

Dovendo assumere un incarico di sostituzione di un medico _____ convenzionato con l'Asl _____ per l'assistenza primaria, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del vigente codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità dichiaro quanto segue:

di essere iscritt_ all'Ordine Provinciale dei Medici di

di essere in possesso della cittadinanza:

di essere domiciliat_ nel comune
di: _____

all'indirizzo di
via/p.zza _____ tel. _____

di essere inserit_ nella vigente graduatoria regionale o, comunque, di essere in possesso dei requisiti previsti per l'inserimento

ovvero

di non essere inserit_ nella vigente graduatoria regionale e di non essere in possesso dei requisiti previsti per tale

di avere attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza presso:

di intrattenere un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per l'attività:

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____
scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____
scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____
scadenza _____

di svolgere attività libero professionale quale _____

di non trovarmi in posizione di incompatibilità con l'attività di assistenza primaria di

Contrassegnare la voce che interessa

dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per l'assistenza primaria assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- di impegnarmi ad un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo le modalità organizzate, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito.
- di impegnarmi ad utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito
- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria, mi vengano corrisposti mediante:

a) bonifico su Istituto di credito

Abi	Cab	CIN	c/c numero
-----	-----	-----	------------

b) _____

(Firma del dichiarante)

Note: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 37,5 pazienti in carico ad un medico di medicina generale od a 20 pazienti in carico ad uno specialista pediatra di libera scelta

INDICAZIONI CONTENUTISTICHE PER LA COSTRUZIONE DI UNA "CARTA DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI DI BASE DA FORNIRE AL CITTADINO"

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°.....

Il cittadino residente o domiciliato e

- Il suo medico di famiglia
- Il servizio di continuità assistenziale (guardia medica) .
- Il servizio di emergenza (118)

Informazioni utili ad un corretto utilizzo dei servizi territoriali messi a disposizione dal Sistema sanitario umbro

Depliant da spedire a casa di ogni residente o assistito avente domicilio sanitario a cura di ogni Azienda con la precisazioni in merito:

- Al medico di famiglia che risulta essere stato scelto, con la precisazione delle modalità organizzative di erogazione dell'assistenza sanitaria, adottate
- Ai riferimenti telefonici e indirizzi dei punti di guardia e del 118 di riferimento dell'utente

Il medico di famiglia

Per garantire il rispetto di reciproca fiducia tra medico e assistito, che si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, ogni assistito deve essere messo a conoscenza delle seguenti informazioni:

- ✓ il mancato esercizio del diritto di scelta comporta che il cittadino non ha diritto alla prescrizione farmaceutica e specialistica sul ricettario del Servizio Sanitario Regionale;
 - ✓ il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico possono effettuare la scelta in favore dello stesso medico anche in deroga al massimale, purchè anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare; non è consentita questa deroga se il medico ha superato il 5% di comporta previsto rispetto al suo massimale;
 - ✓ orario di apertura degli ambulatori convenzionati e indirizzi delle rispettive sedi;
 - ✓ informativa in merito agli orari di ambulatorio con prenotazione e senza prenotazione;
 - ✓ numero di telefono a cui il medico recepisce le chiamate al mattino dalle 8 alle 10 e il numero dal quale recepisce durante l'orario di attività ambulatoriale;
 - ✓ conoscere le modalità organizzative dell'associazione a cui appartiene il proprio medico al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti
 - ✓ conoscere i nominativi dei colleghi facenti parte della medesima forma associativa e orari dei rispettivi ambulatori convenzionati ai quali l'assistito in caso di bisogno può accedere; a tale proposito si precisa che, con valenza per tutti i medici aderenti a qualsiasi forma di associazione prevista dall'accordo collettivo nazionale:
 - ciascun medico della forma associativa è impegnato a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici appartenenti alla stessa forma associativa, fatta eccezione per i medici che aderiscono esclusivamente alla forma in "cooperativa"
 - l'ambulatorio convenzionato che deve garantire un arco di apertura di almeno 6 ore giornaliere distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, deve essere aperto almeno fino alle 19,00
 - i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza del proprio medico
- inoltre per i medici che aderiscono alla forma associativa in rete:
- deve essere gestita su supporto informatico la scheda sanitaria di ciascun assistito
 - deve essere assicurato il collegamento reciproco degli studi dei medici per consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione
 - può essere garantito l'utilizzo da parte di ogni singolo medico di sistemi di comunicazione informativa per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda sanitaria, qualora l'Azienda stessa attivi il servizio in accordo con il medico di medicina generale
- inoltre i medici che aderiscono alla medicina di gruppo:
- usufruiscono di una sede unica: "la sede del gruppo", articolata in più studi e che deve garantire l'apertura di almeno 6 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio.

Quando il medico di famiglia è assente per motivi di salute, riposo, studio o altro:

Il medico deve fornire attraverso avviso lasciato nella segreteria telefonica e apposita informativa affissa negli studi convenzionati, il nome e i recapiti telefonici del sostituto.

Ciò che spetta all'assistito iscritto:

All'assistito iscritto negli elenchi di un medico di assistenza primaria spetta, **senza alcun corrispettivo** da pagare al proprio medico di fiducia o al suo sostituto:

le visite mediche:

- la visita domiciliare, nei casi in cui il paziente non possa recarsi effettivamente all'ambulatorio del medico, effettuata nel corso della giornata, se richiesta entro le ore 10,00 del mattino, il giorno successivo, entro le 12, se richiesta dopo le 10,00; la visita deve essere effettuata nel più breve tempo possibile qualora si tratti di una chiamata urgente, sempre che il MMG la recepisca di persona nella consapevolezza che il proprio medico di fiducia non svolge il ruolo dell'emergenza medica e che particolari situazioni (vedi sotto a 118) necessitano di un intervento con mezzi adeguati, non erogabili dal medico stesso;
- la visita ambulatoriale nel rispetto degli orari di apertura dell'ambulatorio convenzionato, nei limiti di numero di visite erogabili dal medico nell'arco temporale previsto per quella durata di ambulatorio, fermo restando la disponibilità del medico ad effettuare in soprannumero una prestazione ambulatoriale urgente richiesta;
- le visite programmate al domicilio dell'assistito erogate anche in forma integrata con l'assistenza specialistica e riabilitativa, con l'assistenza sociale e con l'assistenza infermieristica, dopo che è stato concordato con il medico di distretto il programma di assistenza, compreso il numero degli accessi domiciliari mensili previsto;
- le visite programmate e occasionali in caso di patologia acuta nelle residenze sanitarie (p.e. case di riposo) nel caso in cui l'assistito sia ricoverato temporaneamente o permanentemente in una di queste strutture;

le certificazioni:

- obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- per incapacità temporanea al lavoro
- per la riammissione al lavoro degli alimentaristi
- per l'idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico, con richiesta dell'autorità scolastica competente

le necessarie prestazioni sanitarie:

- tutte le prestazioni aggiuntive per la cui esecuzione il medico ha adeguata dotazione ambulatoriale e per le quali ha dato la propria disponibilità all'esecuzione, di cui al seguente elenco: prima e successive medicazioni, sutura di ferita superficiale, rimozione di punti di sutura e medicazione, cateterismo, tamponamento nasale, fleboclisi, iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica, tampone faringeo, vaccinazione antinfluenzale (elenco da rivedere in dettaglio)

le prescrizioni sul ricettario regionale:

- tutte le prescrizioni farmaceutiche e richieste per indagini specialistiche ritenute necessarie dal medico di medicina generale, rispettando la facoltà del medico, proprio perché garante della salute dell'assistito che lo ha scelto, di non essere il mero "trascrittore" di indicazioni o ricette diagnostiche o terapeutiche dello specialista non condivise; di questa mancata condivisione deve darne ovviamente motivata spiegazione al proprio paziente;
- la richiesta di consulto con il medico specialista qualora il medico di medicina generale lo ritenga necessario a conseguire la risposta ad un quesito diagnostico;
- la richiesta di trasporto sanitario;
- la richiesta di prestazioni termali;
- la richiesta di presidi sanitari

le prescrizioni sul ricettario personale del medico:

- per i farmaci in classe C, cioè non prescrivibili attraverso il servizio sanitario regionale
- per le prestazioni non comprese nei livelli di assistenza sanitaria, non erogabili attraverso il servizio sanitario regionale

la cartella clinica

- con una esplicita richiesta personale, l'assistito può esigere dal medico revocato la disponibilità di tutte le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, rilasciate su supporto informatico, ove possibile, diversamente, su supporto cartaceo

Il cittadino è invece tenuto a pagare, in regime libero professionale, tutte le certificazioni non previste dall'elenco sopra indicato

Il cambiamento del medico di fiducia può avvenire per:

Variazioni di residenza dell'assistito:

In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'assistito nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fatti specie:

- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda manterrà il medico di fiducia, fino a quando non procederà ad eventuale nuova scelta
- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda, deve essere avvertito, al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, informandolo della facoltà di mantenere lo stesso medico di fiducia qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione
- nel caso che il cittadino si trasferisca in ambito territoriale non limitrofo, appartenente alla stessa Azienda, il medico a suo tempo scelto viene revocato d'ufficio. L'utente ha la possibilità di mantenere invariato il domicilio sanitario, per motivi di salute, studio o lavoro), mantenendo l'iscrizione in capo al medico già scelto. In tal caso l'utente si presenterà agli uffici dell'Azienda per consentire l'accertamento della sussistenza delle condizioni previste, atte a garantire il diritto al domicilio sanitario
- nel caso di trasferimento in comune non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati gli ulteriori adempimenti

variazioni temporanee di domicilio:

- Nel caso di trasferimento temporaneo del domicilio, per un periodo non inferiore a tre mesi, in un comune diverso da quello in cui deve essere scelto il medico, l'assistito deve presentarsi allo sportello della ASL con la documentazione attestante il possesso dei requisiti previsti per l'acquisizione del domicilio sanitario (contratto di lavoro, certificazione di frequenza per corsi di studi, certificato per comprovati motivi di salute rilasciato dallo specialista ASL, e, in caso di soggetti anziani, autocertificazione o dichiarazione di un medico da cui risulti che la persona necessita di assistenza particolare al domicilio del congiunto che lo ospita temporaneamente).

perdita del rapporto di fiducia:

- Nel caso sia venuto meno il rapporto di fiducia nei confronti del proprio medico è possibile effettuare, negli appositi uffici della azienda sanitaria, la revoca del medico stesso, scegliendo contestualmente un altro medico di fiducia.
- Nel caso di variazione di scelta a favore di un altro medico facente parte della medesima forma associativa del medico ricusato la scelta non può essere fatta senza che i competenti uffici acquisiscano la accettazione scritta della variazione da parte del medico scelto

In merito al "Servizio di continuità assistenziale notturna e festiva" (Ex Guardia Medica)

Garantisce l'assistenza medica di primo livello gratuita a tutta la popolazione, a domicilio e attraverso l'espletamento di attività ambulatoriale quando le condizioni strutturali lo consentono, per situazioni cliniche d'urgenza e comunque non differibili all'orario di attività del medico di assistenza primaria scelto dall'assistito e che si verificano durante le *ore* notturne o nei giorni festivi o prefestivi , secondo il seguente orario:

- dalle ore 20:00 alle *ore* 8:00 di tutti i giorni lavorativi
- dalle *ore* 10:00 del sabato e dalle 10,00 di ogni altro giorno prefestivo alle *ore* 8:00 del lunedì o del giorno successivo al festivo

I Medici di continuità assistenziale possono:

- prescrivere farmaci indicati per terapie d'urgenza, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona, per un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità, in particolare per lavoratori turnisti, e per un periodo massimo di tre giorni.
- proporre il ricovero in ospedale

I Medici di continuità assistenziale non possono:

- effettuare trascrizioni di farmaci o richieste di diagnostica strumentale proposte da medici in regime libero professionale, se non quando l'urgenza clinica ne giustifichi la necessità

In merito al servizio di emergenza urgenza - il 118

E' un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, che gestisce tutte le chiamate per interventi urgenti e di emergenza: tramite la centrale operativa invia personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno.

Il 118 è il numero unico valido sull'intero territorio nazionale. La chiamata è gratuita e da un telefono pubblico non c'è bisogno di monete né della scheda.

Al 118 si ricorre per:

- grave malore
- incidente stradale, sul lavoro, in casa, sportivo, ecc.
- situazioni che richiedono un ricovero d'urgenza
- situazione, certa o presunta, di pericolo di vita