

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE**

**PER LA MEDICINA GENERALE**

**2006**

## INDICE

◆		
◆		
◆	Dichiarazione preliminare	pag. 3
	Obiettivi generali	pag. 4
◆	Art. 1 - Campo di applicazione	pag. 5
◆	Art. 2 – Rapporto ottimale	pag. 5
◆	Art. 3 - Graduatoria Unica Regionale(ex art. 15 A.C.N. vigente)	pag. 5
◆	Art. 4 – Comitato Regionale (ex art. 24 A.C.N.)-collegio Arbitrale	pag. 6
◆	Art. 5 - Forme associative	pag. 6
	Art. 6 - Personale di studio	pag. 8
◆	Art. 7 – Prestazioni informatiche	pag. 9
◆	Art. 8 – Partecipazione a gruppi di lavoro	pag. 10
◆	Art. 9 – Equipe di assistenza territoriale	pag. 11
◆	Art. 10 –Attività dell' Equipe di assistenza territoriale	pag. 12
◆	Art. 11 – Medici di Continuità Assistenziale	pag. 13
◆	Art. 12 – Contattabilità del Medico di Famiglia	pag. 14
◆	Art. 13 L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e l' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	pag. 14
◆	Art. 14 – - Attività di assistenza agli ospiti in R.S.A. R.A.F e R.A.	pag. 15
◆	Art. 15 – Centralità del medico di Medicina Generale in attività integrative (deburocratizzazione)	pag. 15
◆	Art. 16 – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse: prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio	pag. 16
◆	Art. 17 – Promozione del Governo Clinico	pag. 16
◆	Art. 18 – Attività di Prevenzione	pag. 17
◆	Art. 19 – Il Budget di Distretto	pag. 20
◆	Art. 20 – Libera Professione	pag. 21
◆	Art 21- Attività territoriali programmate	pag. 21
	Art.22 -Persone fragili	pag. 21
	Art. 23 – Area di formazione in Medicina Generale	pag. 22
◆	Art. 24 - Elenco regionale degli animatori di formazione in M.G.	pag. 23
◆	Art. 25 – Elenco regionale dei docenti in Medicina Generale	pag. 23
◆	Art. 26 - Trattamento economico di animatori e docenti	pag. 23
	Art. 27- Progetto regionale del medico di Medicina Generale in Pronto Soccorso	pag. 24
	Art. 28- Ufficio di coordinamento distrettuale: integrazioni.	Pag. 24
◆	Art 29- Tavolo di confronto,monitoraggio e valutazione	pag. 24
◆	Art 30. Accesso del medico di famiglia alla funzione di direttore di distretto.	pag. 25
◆		
◆	NORME FINALI	pag 26
◆	ALLEGATO A: Attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico	pag. 27
◆		

## ◆ Dichiarazione preliminare

La Regione Piemonte, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale, è fortemente determinata nel perseguire il migliore utilizzo delle risorse disponibili per garantire ai cittadini, al centro del Sistema, un'assistenza socio-sanitaria qualitativamente e quantitativamente adeguata alle loro esigenze.

A tal fine la Regione Piemonte intende perseguire, attraverso il Piano Socio-Sanitario Regionale, un'armonica gestione del SSR che permetta il conseguimento degli obiettivi di appropriatezza attraverso la compartecipazione e la responsabilizzazione di tutte le categorie sanitarie operanti nel SSR.

Inoltre la Regione Piemonte intende promuovere una serie di strumenti atti a svolgere un'efficace azione di prevenzione delle malattie maggiormente responsabili di invalidità e di morte, favorendo tra l'utenza del Servizio Sanitario Regionale, la diffusione di contenuti di educazione sanitaria che da una parte giungano a salutari modificazioni di stili di vita e dall'altra favoriscano la cultura e la difesa dell'appropriatezza, nell'utilizzo del Servizio stesso, onde salvaguardarne l'ottimizzazione delle risorse e l'alto valore di investimento sociale.

Il medico di medicina generale, in questa ottica, può svolgere efficacemente un ruolo centrale anche nella promozione della salute in quanto referente del contesto familiare, lavorativo ed ambientale, del cittadino.

La Regione Piemonte è impegnata a favorire un riequilibrio di potenzialità e risorse tra ospedale e territorio e a favorire una piena e produttiva integrazione, anche in relazione alla creazione di percorsi comuni e condivisi, in particolare nel campo della cronicità, al fine di garantire una continuità di processo ed un'omogeneità di intervento, individuando modalità e tempi, di concerto con le OOSS di categoria.

## ◆ Obiettivi generali

Per quanto riguarda in particolare l'assistenza territoriale, la Regione Piemonte ritiene fondamentali i seguenti obiettivi generali:

- L'affermarsi e il raggiungimento della piena operatività dell'assistenza territoriale, dalle cure domiciliari ad ogni altra attività sperimentale, su progettualità Aziendale.
- La realizzazione, in modo coordinato e progressivo, di una rete organizzata di continuità assistenziale che garantisca al cittadino la possibilità di ricevere risposte coerenti e appropriate durante l'intero arco della giornata, evitando ricorsi impropri alla Struttura Ospedaliera.
- Una forte integrazione, garantita dalla Regione stessa, fra tutti i professionisti operanti nell'assistenza territoriale, compresi i servizi di emergenza sanitaria territoriale, che, attraverso il programmato coordinamento nel Distretto, possano orientare parte della loro attività al perseguimento di obiettivi di assistenza prioritari e funzionali ai processi di razionalizzazione e di appropriatezza.
- L'implementazione della medicina in associazione ed in particolare della medicina di gruppo e in rete, in modo tale da tener conto delle diverse esigenze assistenziali dei cittadini e delle oggettive condizioni operative dei medici di Medicina Generale, anche nei confronti delle diverse realtà territoriali.
- La massima integrazione tra la medicina territoriale e quella ospedaliera, mediante l'individuazione di un "linguaggio" comune e di percorsi diagnostici e terapeutici, condivisi. A tal proposito si ritiene indispensabile il completamento del processo di integrazione dei medici 118 nelle attività di Deu/Ps
- Lo sviluppo di un sistema informatico tecnologicamente avanzato ed efficiente, finalizzato a supportare complessità organizzative maggiori e a facilitare la comunicazione tra tutti gli operatori del SSR e tra questi ed il cittadino.
- L'estensione di competenze alle équipes territoriali nel campo assistenziale, oltre l'attuale funzione programmatica e di monitoraggio.
- Il costante ricorso a strumenti informativi, formativi e di monitoraggio atti a favorire il ricorso sempre maggiore alla prescrizione di farmaci equivalenti.
- La promozione di una formazione degli Operatori, per garantire la qualità delle prestazioni, nel rispetto degli obiettivi del PSSR.

L'Accordo rappresenta un passo fondamentale verso una migliore organizzazione dell'assistenza territoriale, atta a ridurre il tasso di ospedalizzazione e a raggiungere il massimo livello possibile di appropriatezza nelle scelte dei percorsi assistenziali, in equilibrio e sintonia tra Territorio e Ospedale. Le Parti si impegnano per le modifiche che si renderanno necessarie in itinere, in relazione all'operatività del PSSR.

### ◆ **Art. 1 - Campo di applicazione**

1. Il presente Accordo regola - ai sensi del ACN parte II - il rapporto di lavoro esistente fra le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte ed i medici di medicina generale in esse operanti, per lo svolgimento dei compiti relativi a:

- a) assistenza primaria
- b) continuità assistenziale
- c) medicina dei servizi
- d) emergenza sanitaria territoriale
- e) attività territoriali programmate

2. Il presente Accordo entra in vigore alla data di adozione del provvedimento deliberativo e resta in vigore fino alla stipula di nuovi Accordi Integrativi Regionali.

### ◆ **Art. 2 – Rapporto ottimale**

1. Ai sensi dell'art. 8, lettera h), decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni così come previsto dall'Art. 33 comma 9 dell'ACN vigente, l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale nella Regione Piemonte è disciplinato secondo i seguenti rapporti ottimali:

le carenze dell'anno 2006 e successivi, fino alla durata del presente Accordo, saranno calcolate in modo tale che possa essere iscritto soltanto un medico per ogni 1200 residenti o frazione di 1200 superiore a 800, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

### ◆ **Art. 3 - Graduatoria Unica Regionale (ex art. 15 A.C.N. vigente)**

Le parti concordano di prevedere la formulazione di una graduatoria unica regionale suddivisa in 4 aree, una per ciascuna delle attività di cui all'art. 13 dell'ACN e specificamente relative a:

- ◆ Assistenza primaria
- ◆ Continuità assistenziale
- ◆ Medicina dei Servizi territoriali
- ◆ Emergenza sanitaria territoriale

Le procedure per la definizione delle 4 aree della Graduatoria Unica Regionale per la Medicina Generale sono disciplinate dall'art. 15 dell'ACN.

#### ◆ **Art. 4 – Comitato Regionale (ex art. 24 A.C.N.) e Collegio Arbitrale (ex art. 30 ACN)**

Considerati i commi 10 dell'art. 22 e il comma 2 dell'art. 24 ex ACN, visto il Verbale d'Intesa siglato a Roma in data 29/09/2005 tra le OO.SS. mediche firmatarie dell'ACN per la Medicina Generale e la SISAC in cui vengono legittimati alla partecipazione al Comitato Regionale ex art. 24 solo i rappresentanti regionali dei Sindacati firmatari dell'ACN, si concorda, che lo stesso Comitato sia composto da 4 rappresentanti della Regione, individuati nel Responsabile del Settore Regionale competente in materia e 3 Dirigenti delle Aziende Sanitarie piemontesi esperti nel settore e dai 4 rappresentanti delle OO.SS. aventi diritto.

In merito alla composizione del collegio arbitrale di cui al comma 2 dell'art. 30 ACN, Ai fini della valutazione delle violazioni contestate ad un medico iscritto ad un organizzazione sindacale non firmataria dell'ACN e dell'A.I.R. si concorda di garantire la presenza, nel caso di specie, di un rappresentante dell'OO.SS a cui è iscritto il medico giudicato.

#### ◆ **Art. 5 - Forme associative**

1. L'associazionismo, come previsto dal vigente ACN per la Medicina Generale, nasce dall'esigenza di:

- soddisfare tempestivamente bisogni assistenziali non differibili, causa preponderante degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei conseguenti ricoveri ospedalieri, anche in fasce orarie diverse da quelle dedicate da ciascun medico all'attività ambulatoriale;
- migliorare l'assistenza e, nel contempo, elevare il livello delle prestazioni, aumentando il numero delle ore in cui è possibile accedere agli studi medici;
- consentire l'utilizzo comune di strumenti e apparecchiature;
- elevare la possibilità di partecipare ad attività formative;
- fornire prestazioni sanitarie omogenee sul territorio.

2. Ciascun medico presta la propria opera anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'associazione, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale.

3. Al fine di favorire lo sviluppo della medicina in rete e quella di gruppo, si concorda che le percentuali di riferimento siano stabilite nella seguente misura:

Medicina in rete	30%
Medicina di gruppo	30%

4. Sarà cura dell'Assessorato monitorare, attraverso il tavolo di cui all'art. 29 l'andamento delle forme associative in gruppo e in rete, aumentando eventualmente le percentuali

definite dal presente Accordo, d'intesa con le OO.SS. di categoria firmatarie del presente accordo integrativo regionale.

5. Il riconoscimento delle forme associative esistenti è immediato ed automatico e non richiede formalità alcuna da parte dei medici. Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 del ACN istituisce e cura un elenco di dette forme associative, distinto nelle tre tipologie, da aggiornarsi con cadenza semestrale e verifica altresì il numero degli assistiti iscritti ai medici coinvolti nell'associazione.

6. I medici che intendano costituire una nuova forma associativa devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, a mezzo telegramma, comunica al rappresentante della forma associativa e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua costituzione o l'impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all'inizio dell'operatività, alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall'art. 54 dell'ACN.

7. La forma associativa dovrà diventare operativa entro 90 giorni dal ricevimento del nulla-osta; i relativi benefici economici decorreranno dalla data di effettiva attivazione.

8. L'orario di chiusura pomeridiana da parte di uno degli studi associati deve avvenire non prima delle ore 19.00. Ciascun Medico in associazione è tenuto all'apertura dell'ambulatorio per un numero di ore settimanali correlato al numero degli assistiti, ai sensi dell'art. 36, comma 5 del vigente A.C.N. Nelle forme associative, l'articolazione oraria nelle fasce mattutine e pomeridiane, deve garantire l'apertura pomeridiana di un numero di Studi non inferiore ad un terzo dei Medici Associati. Dovrà essere garantita l'apertura dello studio di Medicina di Gruppo, almeno 6 ore al giorno.

9. Si ribadisce l'assoluta obbligatorietà che la popolazione assistita sia informata sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, previa affissione, in ogni studio medico, di apposita comunicazione, con modalità da concordarsi con gli Uffici competenti dell'ASL, al fine di garantire ai cittadini una appropriata informazione nel merito dell'accessibilità a ciascun medico associato.

10. E', inoltre, dovere del medico associato garantire la disponibilità di informazioni, mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata e tempestiva informazione. Il patto costitutivo delle forme associative deve avere congrua evidenza presso gli assistiti, a cura del medico.

11. L'ASL è tenuta a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare i nuovi iscritti in merito all'associazione cui appartiene il medico prescelto (orari di apertura degli altri studi, nominativi degli altri medici facenti parte dell'associazione, finalità, ecc.....).

12. In particolare, gli orari degli ambulatori di tutti i medici dell'associazione devono essere comunicati all'ASL ed esposti in tutti gli studi facenti parte dell'associazione oltreché esplicitati nel patto di costituzione della forma associativa.

Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente comunicata agli assistiti e all'Azienda competente.

13. Eventuali inadempienze avverso il dettato sopra descritto, comporteranno l'applicazione del disposto normativo di cui all'art. 30 in materia di responsabilità convenzionali.

14. Ciascuna nuova associazione, entro 60 gg. dalla data di costituzione, è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da consegnare agli assistiti secondo un modello concordato a livello aziendale e da sottoporre, per le valutazioni deontologiche, al competente Ordine dei Medici.

15. Ogni modifica sostanziale dell'associazione ne comporta la rivalutazione del Comitato Regionale, acquisito il parere del Comitato Aziendale.

16. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 54, comma 13 del vigente A.C.N., le AA.SS.LL. possono individuare, nell'ambito delle forme associative, modelli organizzativi sperimentali aggiuntivi.

17. Allo scopo di salvaguardare la capillarità dell'assistenza nei comuni o borgate o frazioni siti in zone a bassa densità abitativa e di rendere l'attività della medicina generale maggiormente adattabile alle diverse contestualità locali, sia in termini di caratteristiche territoriali, sia nel rispetto delle diverse tipologie di utenza, le parti convengono sulla necessità di stabilire criteri integrativi per la costituzione e l'operatività delle forme di medicina di gruppo, che agendo nel rispetto dello scopo istituzionale e degli obiettivi della forma associativa in oggetto, possano adattarsi alle diverse esigenze poste da particolari situazioni.

A tale scopo si conviene di demandare la specifica articolazione al tavolo di cui all'art.29.

#### ◆ **Art. 6 - Personale di studio**

La Regione Piemonte e le OOSS di categoria convengono che l'utilizzo di personale di studio, debitamente formato, possa fornire e favorire una sempre migliore qualità di assistenza e di deburocratizzazione.

1 - Ai fini dell'applicazione di quanto disposto all'art. 59 del vigente A.C.N., il Comitato Regionale istituisce e cura un elenco dei medici che utilizzano un collaboratore di studio o un infermiere professionale, tenendo distinte le due tipologie.

2 - Le percentuali di riferimento sono concordate nella seguente misura:

Collaboratore di studio	40% degli assistiti in ambito regionale
Personale infermieristico	10% degli assistiti in ambito regionale

Le parti si impegnano, al raggiungimento delle sopraelencate percentuali, a revisionarle ed eventualmente aumentarle, mediante Accordo integrativo.



3 - Gli elenchi verranno tenuti ed aggiornati dal Comitato Regionale, ex art. 24 dell'ACN, con cadenza semestrale.

4 - I medici che intendono acquisire tali collaborazioni devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo telegramma, al medico interessato e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua utilizzazione od il superamento del limite. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Le domande giacenti presso l'Assessorato regionale verranno esaminate con priorità, in ordine temporale di presentazione. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti.

5 - L'effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta regionale.

6 - Il riconoscimento delle relative indennità ai medici decorre dal momento della comunicazione del medico all'ASL o dal momento dell'effettivo inizio di attività del personale, qualora assunto successivamente alla comunicazione medesima.

7 - Il riconoscimento contemporaneo delle indennità può essere riconosciuto solo nell'ambito di una delle forme associative.

8 - Qualora il collaboratore di studio o l'infermiere professionale operi per una forma associativa prevista, la relativa indennità è riconosciuta ad ogni medico facente parte dell'associazione, a condizione che il collaboratore sia presente per almeno 16 ore settimanali nel caso di tre medici, 24 ore settimanali nel caso di quattro medici, a tempo pieno nel caso di un numero maggiore a quattro. L'infermiere professionale dovrà, invece, essere disponibile per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore di studio). Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASL competente procederà al conguaglio in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente, non superi le spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze assicurative connesse all'impiego del personale.

L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti per gli studi professionali di IV categoria e degli infermieri professionali, o con un contratto di natura libero professionale, o rapporto di collaborazione coordinata e continuativa. Per quanto riguarda le forme associate, il contratto di assunzione potrà essere stipulato anche da un solo componente il gruppo, fermo restando l'erogazione degli incentivi a tutti i componenti qualora siano rispettate le condizioni previste dal presente A.I.R.

#### ◆ **Art. 7 – Prestazioni informatiche**

1. Al fine di incentivare l'informatizzazione degli studi medici e favorire la comunicazione e la trasmissione di documentazione varia tra AA.SS.RR. (nelle diverse articolazioni ospedaliere, distrettuali e territoriali) e singoli medici, sono riconosciuti specifici compensi ai medici che garantiscono:

- a) la partecipazione a procedure di posta elettronica con le diverse strutture del SSR;
- b) la incorporazione dei referti nelle cartelle cliniche informatizzate e/o la loro stampa;
- c) le procedure burocratiche di teleprenotazione.

Per quanto riguarda la prestazione di cui al punto a), i singoli medici dovranno comunicare all'ASL di appartenenza un recapito personale individuale di posta elettronica.

Il diritto al compenso decorre dalla data di notifica all'ASL dell'indirizzo di posta elettronica da parte del medico. Il medico si impegna altresì a comunicare prontamente all'ASL di appartenenza ogni variazione di indirizzo.

Le prestazioni di cui al punto b) potranno facoltativamente essere fornite dal medico. Il diritto al compenso decorre dall'inizio dell'attività.

Per quanto riguarda il punto c), si rimanda a successivo Accordo, anche in applicazione del Progetto regionale per la graduale realizzazione del Centro Unificato Prenotazioni (C.U.P. Regionale), di cui alla D.G.R. n. 15-608 del 1.8.2005.

- 2. Tutte le prestazioni succitate saranno fornite dal medico su richiesta del Responsabile di Distretto, d'intesa con l'Ufficio di Coordinamento Distrettuale e il Comitato d'Azienda; il diritto al compenso decorrerà dall'inizio delle attività.

- 3. Per le prestazioni informatiche di cui al presente articolo viene riconosciuto un compenso forfetario, come indicato nella seguente tabella:

Prestazione	
punto a) procedure di posta elettronica	Compenso mensile per medico € 74
punto b) incorporazione in cartelle informatizzate e/o stampa referti	Compenso annuo per assistito € 0,50
punto c) teleprenotazione esami	Compenso annuo per assistito .....

## ◆ Art. 8 – Partecipazione a gruppi di lavoro

- 1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei medici di medicina generale ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, come previsto al comma 1, art. 21 dell'ACN , ivi compresa la partecipazione all'UCAD, a titolo di rimborso forfetario delle spese di viaggio e sostituzione è riconosciuta:
  - una indennità di partecipazione di € 55 per un impegno pari a ½ giornata
  - una indennità di partecipazione di € 110 per un impegno superiore a ½ giornata
  - una indennità di spostamento di € 27, in aggiunta alle precedenti di cui ai punti a) e b), per i medici la cui residenza dista più di 30 km dal luogo in cui si svolge la riunione.
- 2. Ai medici di medicina generale eletti a far parte dell'Ufficio di coordinamento o di sue sottocommissioni ufficialmente istituite dal Responsabile di Distretto ed alla Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse di cui al

comma 4, art. 25 e comma 5 art. 27 del vigente A.C.N. 2005 sono riconosciute per le attività da esse derivanti:

- € 55 per i lavori direttamente connessi a ciascuna riunione dell'ufficio di coordinamento distrettuale o di sue sottocommissioni ufficialmente istituite dal Direttore di distretto.
- Indennità mensile lorda di 330 euro per i lavori connessi al funzionamento complessivo dell'istituto.

3. I compensi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere. I compensi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste per i compensi di cui all'ACN.

4. Le attività previste dal presente articolo non comportano limitazioni del massimale.

### ◆ **Art. 9 – Equipe di assistenza territoriale**

1. L'Équipe di assistenza territoriale costituisce l'aggregazione organizzativa dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica, accessibilità ai servizi sanitari ed esposizione a fattori di rischio ambientali. La costituzione dell'Équipe è finalizzata a:

- a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita;
- b) realizzare progetti di razionalizzazione, aderendo a proposte di Progetti-Obiettivo individuati dall'U.C.A.D;
- c) verificare gli effetti degli stessi;
- d) facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento distrettuale per:
  - ◆ il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi;
  - ◆ la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
- e) svolgere analisi e valutazione di protocolli e percorsi assistenziali proposti all'Equipe dall'UCAD;
- f) svolgere analisi epidemiologiche ed analisi della Domanda su informazioni avute dalla Direzione di Distretto o richieste alla Stessa dall'Equipe;
- g) effettuare valutazioni sugli aspetti organizzativi dell'attività di assistenza distrettuale nel proprio ambito sui quali proporre e promuovere miglioramenti o cambiamenti;
- h) permettere scambi informativi e favorire momenti di integrazione con gli altri operatori territoriali, compresi i medici dell'emergenza sanitaria 118, ogni qual volta le partecipazioni si rendano necessarie e siano attuabili;
- i) operare allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza ai propri assistiti.

Per la realizzazione delle attività di cui al precedente comma del presente articolo, a ciascun medico dell' Equipe viene riconosciuta una quota capitaria annua di € 5.50.

In particolare per la realizzazione dei punti b), c), d) a ciascun medico dell'Equipe viene riconosciuta una quota pari a € 3,50 e per quanto previsto ai restanti punti, verrà

riconosciuta una quota pari a € 2,00. Le AA.SS.LL. procederanno ad erogare mensilmente come acconto 1/12 dei 3 € per ogni assistito ( pari all'85% della quota di 3,50 €), salvo conguaglio a saldo, a seguito di verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi, così come previsto ai succitati punti b), c), d). Parimenti le AA.SS.LL. erogheranno mensilmente 1/12 dei 2,00 € spettanti per i restanti punti, previa verifica dell'effettiva presenza.

3. L'Équipe di assistenza territoriale dovrà essere riferita, in linea di massima, e tenuto conto delle necessità Aziendali, ad una popolazione minima di 10.000 assistiti e massima di 30.000 e composta da un minimo di 10 medici di assistenza primaria ad un massimo di 20, potendo comprendere al proprio interno anche più ambiti territoriali di scelta, purché appartenenti allo stesso Distretto. Dimensioni diverse potranno essere individuate dall'Ufficio di Coordinamento distrettuale solo per evidenti esigenze oro-geografiche.

4. All'interno dell'Equipe di assistenza territoriale i medici nominano un Referente con funzioni di raccordo e di collegamento organizzativo con l'Ufficio di Coordinamento distrettuale.

5. Al referente dell'Equipe di assistenza territoriale, per le funzioni previste dal presente Accordo, è attribuito un compenso mensile forfettario onnicomprensivo di € 220.

#### ◆ **Art. 10 –Attività dell' Equipe di assistenza territoriale**

1. Ciascuna Equipe di assistenza territoriale si riunisce almeno una volta al mese.
2. È facoltà dei medici componenti dell'Equipe richiedere, attraverso il rappresentante dell'Equipe stessa la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.
3. Alla riunione mensile di ciascuna Equipe partecipano i medici della Continuità Assistenziale operanti nel Distretto. La partecipazione è definita dall'Ufficio di coordinamento distrettuale in modo che tutti i medici di Continuità Assistenziale partecipino con modalità definite dalle singole ASL, garantendo la presenza dei medici di Continuità Assistenziale e individuando sempre gli stessi medici di C.A. per ogni singola Equipe, in modo da garantire una sempre più personalizzata "continuità dell'assistenza" e maggiore conoscenza delle problematiche dei pazienti.
4. Almeno una delle riunioni di ogni semestre potrà essere allargata agli operatori socio – sanitari di riferimento dell' Equipe di Assistenza Territoriale (Inf. Prof., O.T.A, ADEST, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Medici di Distretto e medici dell'Emergenza sanitaria 118)
5. L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale concorda con il Referente dell'equipe gli obiettivi prioritari di Distretto.

6. Le eventuali assenze determineranno la decurtazione di 1/12 della quota dei 2 € prevista nel precedente articolo, tranne quelle in cui il Medico, per motivi di malattia, ferie o impegno sindacale, non abbia svolto la normale attività lavorativa durante la giornata.
7. In caso di mancata partecipazione alle attività dell' Equipe e di ingiustificata assenza in tre consecutive riunioni mensili dell' Equipe, e' prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 30 del vigente A.C.N..

#### ◆ **Art. 11 – Medici di Continuità Assistenziale**

1. La Continuità Assistenziale è garantita secondo quanto previsto al capo III dell'ACN, integrato dal presente disposto e dagli Accordi relativi alla Continuità Assistenziale di cui alla DGR 38-6649 del 15 luglio 2002 i cui effetti normativi ed economici si intendono pertanto efficaci senza interruzione fino alla durata del presente accordo.
2. I medici di continuità assistenziale, incaricati ai sensi degli art. 63, e 70, dell'ACN sono tenuti ad effettuare i turni di reperibilità come previsto dal comma 1 art. 71 dell'ACN. Sono esclusi, di norma, dall'effettuare la reperibilità almeno che non lo richiedano esplicitamente, indicando i turni di disponibilità, i medici titolari di doppio incarico compatibile nella medicina generale.
3. Al fine di coordinare ed armonizzare l'assistenza ai pazienti sul territorio per tutto l'arco della giornata e di favorire i contatti e la collaborazione tra le diverse figure mediche coinvolte, ciascun medico della Continuità assistenziale, titolare su designazione del Direttore del Distretto, partecipa alle riunioni di lavoro delle Equipe di assistenza territoriale.
4. A seguito dell'elevato numero di medici sostituiti che svolgono attività di Continuità Assistenziale l'UCAD individua tra di essi coloro i quali svolgono sistematicamente almeno sei turni attivi mensili di c.a. e li propone al direttore di distretto per la designazione alle Equipe territoriali di competenza. Essi sono tenuti a partecipare ad almeno tre riunioni nell'arco di sei mesi.
5. Per la partecipazione a ciascuna riunione di lavoro ai medici di continuità assistenziale è riconosciuto un compenso di € 80.00.
6. In ogni Distretto il Direttore generale, su indicazione del Comitato Aziendale, individua un medico di continuità assistenziale, prioritariamente titolare, a cui conferire funzione di coordinamento dei medici di continuità assistenziale e che farà parte dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

## ◆ **Art. 12 – Contattabilità del Medico di Famiglia (H12)**

In applicazione degli art. 4 comma 1 lettera C e art. 26 e 36 comma 9 dell'ACN vigente, al fine di ottimizzare, nell'ambito delle cure primarie, l'accesso degli assistiti al proprio medico di famiglia, individuato come professionista prioritario da contattare, si concorda, ferme restando le attuali competenze ed articolazioni orarie del servizio di Continuità Assistenziale, di demandare al tavolo di cui all'art. 29 la definizione di sistemi idonei.

Tali sistemi prevederanno Linee Guida che dovranno garantire l'omogeneità in ambito regionale e contestualmente tenere conto delle possibili diversità organizzative delle varie realtà territoriali. Le ASL dovranno attenersi alle disposizioni che il tavolo di confronto, di cui all'art. 29, si impegna a produrre entro sei mesi dalla stipula del presente accordo.

## ◆ **ART 13. L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

Le Cure a domicilio costituiscono un livello assistenziale da garantire ai cittadini.

Per le attività correlate ad ogni accesso in ADP (Assistenza Domiciliare programmata) sono corrisposti € 18,90

1. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e quella Programmata (ADP) sono regolate dall'art. 53 e dagli allegati G) ed H) dell'A.C.N. vigente.

I medici di medicina generale attivano il sistema organizzativo ADI, in coerenza con i principi e le modalità di cui all'Allegato H) dell'A. C. N. e con gli Atti amministrativi regionali di riferimento.

I medici di medicina generale sono autorizzati all'attivazione dell'ADI dal medico responsabile a livello distrettuale, in seguito alla presentazione del piano assistenziale ed alla concertazione e condivisione con il Responsabile stesso delle modalità organizzative che sottendono l'attivazione.

2. Sono riconosciuti al medico di medicina generale i seguenti compensi:

a) per le attività correlate all'apertura del caso, comprendenti la valutazione multidimensionale dello stato funzionale della persona attraverso gli strumenti di cui alla D. G. R. n. 41-5952 del 7.5.2002, la stesura del piano di assistenza e la presa in carico, al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75

b) In caso di dimissione protetta, comprendente l'attivazione secondo le modalità sopra esposte e la formulazione del piano assistenziale con il collega ospedaliero, al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75

3. Per ogni accesso programmato al domicilio del Paziente per ADI al medico sono riconosciuti complessivamente € 27 comprensive dell'importo previsto al comma 1), art. 5, Allegato H) dell'A. C. N.

4. Le prestazioni aggiuntive previste alla lettera A) e B) dell'Allegato D) dell'A. C. N., eseguite in corso di ADI sono retribuite in aggiunta al compenso previsto dall'art. 5 dell'Allegato H). Ad integrazione delle suddette prestazioni e dei compensi previsti, per ciascuna trasfusione di sangue intero o dei suoi derivati di preparazione estemporanea, eseguita in regime ADI, al medico di medicina generale e' corrisposto un compenso di € 55. Per le altre attività vale quanto stabilito dall'A. C. N.

#### ◆ **Art. 14 - Attività di assistenza agli ospiti in R.S.A., R.A.F e R.A.**

Alla luce del progressivo cambiamento del modello socio-assistenziale sulla residenzialità di cui alla D.G.R. n. 17-15226 e D.G.R. n. 18-15227 del 30.3.2004, viene demandata a specifici Accordi Integrativi aventi per oggetto linee guida applicative omogenee per tutto il territorio regionale, stabilite in ambito del tavolo paritetico permanente di contrattazione di cui all'art. 29 del presente A.I.R. a complessiva rimodulazione del sistema, nel rispetto dell'autonomia delle Aziende Sanitarie Locali.

Vengono tuttavia confermati i disposti di cui, alla D.G.R. n. 47-26252 del 9.12.1998, alla D.G.R. n. 46-27840 del 19.7.1999, nonché quelli di cui alla D.G.R. 50-8410 del 10.2.2003, art. 11, deLL' A.I.R. 2003-2005. Viene data la possibilità per il medico di medicina generale di raggiungere il massimale di 20 assistiti, sommando gli ospiti di più strutture residenziali.

#### ◆ .....**Art. 15 - Centralità del medico di Medicina Generale in attività integrative. (deburocratizzazione)**

Al fine di semplificare l'accesso ai servizi specialistici da parte degli assistiti e riqualificare il ruolo centrale nel governo dei processi assistenziali da parte dei medici di medicina generale si conviene:

- a) di abolire la visita di congruità da parte di Specialisti del S.S.N. prevista dalla D.G.R. 31-20656 del 01/07/1996, per gli esami TAC e RMN, attualmente non prescrivibili dal Medico di Medicina Generale. Al fine dell'appropriatezza prescrittiva le parti si impegnano a redigere linee guida specifiche sulle indicazioni diagnostiche di tali esami;
- b) di estendere a 60 giorni dalla data di compilazione la validità della richiesta redatta su modulo S. S. N. , fermo restando che non rientra in tale periodo il tempo di attesa tra la prenotazione e l'effettuazione delle prestazioni diagnostico-specialistiche;
- c) i Medici di Medicina Generale prescrivono direttamente il piano per l'erogazione degli ausili per l'incontinenza, nel rispetto della normativa vigente. A tale proposito l'ASL può predisporre una specifica modulistica e apposita procedura, finalizzate tra l'altro a limitare il più possibile il numero delle ricette S.S.N. compilate da parte del Medico di Medicina Generale e gli accessi degli assistiti presso le Strutture Aziendali.
- d) I medici di Medicina Generale attestano direttamente le patologie di pertinenza non strettamente specialistica, al fine del rilascio delle specifiche esenzioni.

## ♦ **Art. 16 - Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse: prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio**

Il sistema sanitario regionale, attraverso tutte le forme gestionali pubbliche (ASO e ASL) e accreditate, ha l'obiettivo di ricercare il giusto equilibrio tra la necessità di domanda di assistenza, i bisogni sanitari e l'offerta in un contesto di difficoltà della sostenibilità economica dello stesso sistema.

Il governo della domanda delle prestazioni specialistiche riguarda i principi dell'efficacia e dell'appropriatelyzza clinica. Il sistema sanitario è chiamato pertanto ad individuare strumenti che consentano di identificare i bisogni assistenziali cui possa essere offerta una risposta in termini di interventi efficaci e di verificare il loro appropriato utilizzo.

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 14-10073 del 28.7.2003 (Riduzione delle Liste di Attesa), ha definito gli interventi organizzativi per avviare un sistema di governo della domanda, introducendo l'obbligo per tutti i medici prescrittori (dipendenti e convenzionati) di prescrivere identificando codici di priorità di erogazioni delle prestazioni stesse.

L'adozione del sistema ha lo scopo di tenere conto delle priorità cliniche, cioè delle effettive esigenze assistenziali dei pazienti per organizzare conseguentemente l'erogazione della prestazione. Il concetto di priorità, congiunto con quelli di severità e di urgenza del quadro clinico può precisare ulteriormente il concetto di appropriatelyzza.

Ai sensi del comma 2 dell'art. 27, tutti i MMG sono tenuti a partecipare agli obiettivi aziendali relativi alla definizione, applicazione e valutazione per il miglioramento dell'appropriatelyzza prescrittiva, delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Le Direzioni Generali, attraverso le proprie strutture di direzione e di produzione, sono tenute a coinvolgere i MMG insieme agli specialisti dipendenti, convenzionati ed accreditati nella definizione di linee guida / protocolli, in cui si indicano le priorità cliniche e di accesso alla singola prestazione, attraverso l'attivazione di tavoli tecnici, di gruppi di lavoro o altre forme di confronto ritenute utili.

Tutti i Medici di Medicina Generale sono tenuti a partecipare alle attività, anche attraverso le Equipe Territoriali di appartenenza.

Tutti i medici sono tenuti ad adottare le procedure così come definite dalle ASL di appartenenza e condividere specifici strumenti di monitoraggio.

A tal proposito viene auspicato un sistema informativo - formativo, a cura dell'ASL e dell'OMCeO di riferimento, indirizzato alla medicina specialistica privata, riguardo l'eventuale scostamento dai percorsi diagnostico-terapeutici condivisi.

Le aziende individuano obiettivi annuali relativi al governo della domanda, all'appropriatelyzza prescrittiva e ai codici di priorità, nonché i relativi indicatori di risultato per la valutazione: tale percorso metodologico è applicato all'intero sistema aziendale (Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici, Equipe Territoriali e Branche Specialistiche Ambulatoriali).

## ♦ **Art. 17 – Promozione del Governo Clinico**

L'attuazione di politiche di governo clinico rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a creare maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi, a garantire a



Regione e ASL la presenza di un supporto per la definizione delle priorità al fine della migliore allocazione delle risorse. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e agli esiti.

I medici di medicina generale partecipano e contribuiscono alla pratica del governo clinico mediante l'adesione alle Equipe territoriali e il perseguimento degli obiettivi aziendali condivisi.

Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:

- ◆ Continuità dell'assistenza
- ◆ Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
- ◆ Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
- ◆ Accessi al pronto soccorso
- ◆ Prevenzione

Le Aziende Unità Sanitarie Locali definiscono annualmente gli obiettivi da raggiungere, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

I dati, coerenti con l'obiettivo da raggiungere e condivisi con i medici di medicina generale e gli altri professionisti medici e sanitari coinvolti, saranno forniti anche dai medici di medicina generale (desumendoli dalla scheda individuale di cui all'art. 45 comma 2 lett. b) e lett. o).

Le modalità di attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico sono contenute nell'allegato A.

Per l'obbligatorietà alla partecipazione attiva ai progetti di cui all'allegato A e di cui agli articoli 15, 16 e 17 del presente A.I.R., concordati a livello di comitato d'azienda, tra l'ASL e OOSS firmatarie del presente A.I.R. ogni medico di famiglia riceverà, in forma di quota capitaria annuale, corrisposta in un dodicesimo ogni mese, € 3,08 di cui al fondo ex art. 46 e 59, lettera B, del vigente A. C. N. 2005.



### ◆ **Art. 18 - Attività di Prevenzione**

I medici di medicina generale collaborano alla realizzazione degli interventi di prevenzione primaria e alle campagne di prevenzione secondaria individuate come prioritarie a livello regionale, in coerenza con le indicazioni della pianificazione nazionale, previo accordo con le Organizzazioni sindacali e con le Aziende Sanitarie interessate.

Gli interventi prioritari di prevenzione sono quelli indicati nel PSSR e nei successivi provvedimenti di attuazione.

Al fine di concentrare le risorse verso il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari e per impedire il proliferare di iniziative locali non coordinate e di scarso impatto sanitario, non è consentita la prescrizione di test diagnostici o prestazioni terapeutiche aventi finalità di prevenzione individuale al di fuori dei programmi regionali suddetti.

Pertanto, qualora i Medici prescrittori , per fini diagnostici, dovessero prescrivere le stesse prestazioni previste dagli Screening regionali, dovranno indicare sulle ricette le motivazioni cliniche.

Per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione potranno essere definite e negoziate specifiche forme di incentivazione nel rispetto del principio generale che gli incentivi economici devono essere vincolati al raggiungimento dei risultati previsti dagli interventi di prevenzione e che la valutazione dei risultati deve essere anche riferita all'intera popolazione destinataria dell'intervento e non alla sola popolazione assistita dal singolo medico.

#### ◆ Screening oncologici

I medici di assistenza primaria collaborano alle attività di prevenzione dei tumori previste dai provvedimenti deliberativi regionali.

Il Comitato regionale designa i rappresentanti dei MMG in seno al gruppo regionale per lo Screening in oncologia e ai Comitati tecnici dei Dipartimenti interaziendali.

I medici di assistenza primaria sono tenuti a:

- partecipare alle attività di formazione previste dai progetti
- attenersi ai protocolli operativi stabiliti dal Comitato tecnico
- fornire alle persone da loro assistite l'informazione necessaria al fine di rendere consapevole la decisione di aderire allo screening e, contemporaneamente, garantirne l'accesso
- selezionare dalle liste dei loro assistiti le persone eleggibili per lo screening
- seguire i loro assistiti negli interventi diagnostici e terapeutici conseguenti allo screening secondo i protocolli definiti dai programmi

Per consentire il monitoraggio e la valutazione dei programmi regionali di screening oncologico i medici di assistenza primaria dovranno motivare la richiesta indicando sulla prescrizione il sospetto diagnostico.

Le prescrizioni motivate da finalità di prevenzione saranno indirizzate alle strutture localmente deputate alle attività di screening che le realizzeranno nel rispetto delle indicazioni del programma regionale.

Le prescrizioni per finalità di prevenzione non corrispondenti alle indicazioni del programma regionale di prevenzione saranno rinviate fornendo al soggetto interessato le informazioni necessarie.

Le prescrizioni prive di motivazione non saranno eseguite dal servizio sanitario regionale.

Per le attività di prevenzione sopra indicate è riconosciuto al singolo medico un compenso pari a:

€ 2,10 per caso, fino al raggiungimento dell'invio del 40% degli eleggibili.

Qualora tale percentuale con un minimo del 25% sia raggiunta da tutti i Componenti dell'Equipe la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso .

€ 2,30 per caso, dal superamento del 40% fino al raggiungimento del 60% dell'invio degli eleggibili.

Qualora tale percentuale sia raggiunta da tutti i Componenti dell'Equipe la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso .

Oltre il 60% il pagamento del caso corrisponderà a 2,50 € .

Qualora tale percentuale sia raggiunta da tutti i Componenti dell'Equipe la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso .

#### ◆ **Vaccinazione antinfluenzale**

La partecipazione dei medici di assistenza primaria alle campagne di vaccinazione antinfluenzale è organizzata dalle Aziende Sanitarie Locali, nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali e sulla base di programmi di integrazione con l'attività dei servizi vaccinali aziendali.

L'attività dei medici di assistenza primaria dovrà essere orientata prioritariamente a garantire la copertura dei gruppi di popolazione che presentano difficoltà ad accedere direttamente alla vaccinazione (come gli anziani allettati e i grandi vecchi) nonché ad offrire la vaccinazione ai gruppi di pazienti ad alto rischio dovuto alla presenza di condizioni o malattie che sono note innanzitutto al medico curante.

Le dosi di vaccino a disposizione di ciascun medico dovranno essere concordate preventivamente, anche in base ai fabbisogni segnalati dai medici stessi.

Il medico dovrà fornire, tramite autocertificazione, assicurazioni sulla dotazione di mezzi idonei a garantire il trasporto e la corretta conservazione del vaccino (frigorifero dotato di termometro di massima e minima).

Il medico dovrà fornire l'elenco nominativo dei soggetti vaccinati con indicazione della data di nascita del soggetto e, in caso non si trattasse di ultra-sessantatreenni, della categoria di rischio di appartenenza, entro il 31 dicembre di ogni anno.

La partecipazione alla campagna di vaccinazione dà luogo alla corresponsione della quota stabilita per le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 45, all. D) dell'A.C.N.; non sono previste forme di incentivazione economica aggiuntiva.

L'erogazione dei corrispettivi economici è vincolata al rispetto degli obblighi di rendicontazione sopra indicati.

#### ◆ **Sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale**

Il sistema di sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale si avvale di una rete di medici sentinella (MMG e PLS) ed è organizzato sulla base dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni in data 28.9.2000 n. 1031.

L'attività è dettagliatamente descritta nel protocollo operativo, annualmente aggiornato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

I medici incaricati sono individuati in base:

- alla continuità operativa che è garanzia di un buon livello di qualità delle segnalazioni
- alla esigenza di una distribuzione geografica che copra tutta la regione
- alla disponibilità di connessione per la segnalazione automatica dei casi e alla disponibilità ad effettuare i prelievi campionari per la sorveglianza virologica

L'elenco dei medici partecipanti alla sorveglianza sarà aggiornato annualmente provvedendo alla sostituzione dei medici che abbiano abbandonato l'attività nel corso della stagione precedente.

Per la sostituzione, l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità esaminerà le proposte provenienti dalle rappresentanze sindacali per verificare il rispetto dei criteri di incarico precedentemente indicati.

Il numero massimo di partecipanti è fissato in 90 medici, di cui 10 pediatri.

Per la partecipazione all'attività è riconosciuto un compenso per stagione influenzale onnicomprensivo pari a € 600, la cui erogazione è subordinata ad una partecipazione attiva pari ad almeno il 75% delle settimane di osservazione.

## ◆ Art. 19 - Il Budget di Distretto

### Fondo per le attività Distrettuali

1. In ogni Distretto, per consentire il finanziamento dei Progetti di cui all'art. 25 dell'A.C.N., è costituito un apposito "Fondo per le attività distrettuali di razionalizzazione", finanziato per il periodo di vigenza del presente accordo con una quota capitaria pari a € 1 per ciascun residente.
2. Ogni A.S.L. potrà implementare tale fondo con risorse proprie compatibilmente con le risorse assegnate.
3. Nel caso in cui le razionalizzazioni producano un risparmio certificato, il 50 % dello stesso dovrà essere reinvestito nel fondo di cui al comma 1 del presente articolo, per finanziare ulteriori processi di miglioramento dell'assistenza distrettuale.
4. Il fondo potrà essere impiegato per retribuire attività dei medici di famiglia concordate a livello distrettuale e finalizzate al raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione ulteriori a quelli previsti alla lettera b) dell'Art.9 del presente accordo
5. Ove non sia possibile certificare direttamente la quantità e/o la qualità dell'attività svolta dai singoli medici nel perseguimento degli obiettivi programmati, il compenso dovrà essere strutturato e ripartito sulla base di pre-definiti indicatori di processo e i risultato. Nessun incentivo potrà essere riconosciuto al singolo medico a titolo di premio per gli eventuali risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni realizzate.
6. In ciascun Distretto viene istituita una Commissione per il Budget composta dai Membri dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale e dai Medici di medicina generale e dal Pediatra di libera scelta componenti della Commissione per l'appropriatezza delle cure e l'uso delle risorse prevista al comma 4, art. 25 e comma 5 art. 27 dell'ACN. I compiti della Commissione sono i seguenti:
  1. attività di programmazione del Distretto;
  2. gestione del Fondo per le attività Distrettuali annuale assegnato dall'Azienda e valutazione trimestrale dell'andamento dello stesso;
  3. analisi della spesa e della qualità dell'assistenza al fine di individuare gli ambiti di possibili razionalizzazioni, nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza;
  4. definizione degli ambiti di possibile intervento, individuando per ciascuno di essi gli indicatori di qualità, i livelli di spesa programmati ed i criteri per valutare a consuntivo l'avvenuto rispetto degli stessi;
  5. coinvolgimento dei Medici di medicina generale nel budgeting, mediante i rappresentanti delle Equipes;
  6. valutazione a consuntivo del rispetto dei livelli di spesa programmati relativi a singoli medici e/o a gruppi di loro;

7. amministrazione delle risorse indicate al comma 3 dell'art. 25 dell'ACN, anche ai fini del potenziamento delle prestazioni distrettuali. Le deliberazioni assunte a tal proposito dalla Commissione sono rese esecutive dal Direttore Generale, che è tenuto a recepirle, fatto salvo diniego motivato.

Il budgeting quindi si realizza attraverso la sequenza delle sottoindicate azioni che la Commissione deve adottare:

- a) produrre un piano strategico, in cui vengano individuati obiettivi di miglioramento;
- b) individuare i dati necessari alle analisi che si intendono effettuare per il perseguimento degli obiettivi di cui al punto a);
- c) trasmettere ai Medici quanto prodotto ai punti a) e b);
- d) definire gli obiettivi in funzione del Piano strategico individuato, obiettivi che sono poi da attribuire ai singoli medici di medicina generale o a gruppi;
- e) stabilire tempi e parametri di riferimento;
- f) effettuare l'analisi dei risultati ottenuti

#### ◆ **Art. 20 - Libera Professione**

La libera professione è disciplinata dall'art. 58 dell'A.C.N.. Si demanda alle AA.SS.LL. l'attività di controllo. Al fine di far fronte alle necessità di risposta sanitaria delle AA.SS.LL., le Parti concordano di sospendere, limitatamente alla durata del presente Accordo, l'applicazione dell'art. 39, commi 4 e 6 del vigente A.C.N. per la medicina generale, limitatamente alle attività libero-professionali, svolte a favore delle AA.SS.LL. e dalle stesse richieste.

#### ◆ **Art. 21 - Attività territoriali programmate**

Tenuto conto che l'istituto delle Attività Territoriali Programmate di cui all'art. 60 del D.P.R. 270/2000 e art. 16 dell'Accordo Integrativo Regionale 2003-2005 non trova collocazione nell'A.C.N. del 23.03.2005, ove invece è stata riportata la disciplina della Medicina dei Servizi Territoriali ma limitatamente ai medici incaricati a tempo indeterminato a norma dell'All ) N, ex D.P.R. 484/96 ed ex D.P.R. 270/00, considerato che le Aziende Sanitarie hanno necessità di disporre di medici per l'espletamento di attività sanitarie territoriali a rapporto orario per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione, le Aziende Sanitarie possono attribuire incarichi a tempo determinato della durata di sei mesi rinnovabili, secondo i criteri di cui all'art. 60 del D.P.R. 270/2000.

Il compenso orario è stabilito in €. 25.00 indipendentemente dall'anzianità di laurea.

Lo stesso compenso spetta ai medici che garantiscono le sostituzioni di cui all'art. 21 del ACN.

#### **ART. 22- Persone fragili**

Si concorda che ai fini della valutazione dell'opportunità assistenziale per le persone le cui caratteristiche rientrano nei criteri di fragilità dal punto di vista sanitario, saranno

individuare ulteriori modalità di coinvolgimento dei MMG nel tavolo di cui all'art 29 del presente Accordo.

### ◆ **Art. 23 – Area di formazione in Medicina Generale**

In considerazione del fatto che (art. 20 comma 4 del ACN 2005) le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo e considerato inoltre che è di primario interesse per il SSR promuovere la formazione dei propri operatori nonché garantirne la qualità, la coerenza ed l'efficacia formativa rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, con il presente accordo si istituisce l'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale. L'Area in argomento viene costituita nella prospettiva di collaborare alla realizzazione e al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale prevista per le attività di formazione ed aggiornamento nel redigendo piano socio-sanitario regionale.

Gli obiettivi dell'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale sono:

- definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale, nonché di monitoraggio di un efficace sistema istituzionale di formazione professionale medica permanente, mirato alla formazione nel campo della medicina generale e compiti ad essa collegati;
- stabilire annualmente il numero dei docenti e degli animatori di formazione necessario per il regolare svolgimento delle attività formative, i criteri di selezione dei Medici di Medicina Generale, secondo i diversi settori di appartenenza, da inserire negli appositi elenchi regionali, divisi per aree di appartenenza (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei servizi ed Emergenza sanitaria territoriale) ed operare la selezione sulla base di criteri stabiliti;
- definire le necessità formative dei medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione e docenti);
- promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale
- proporre attività di formazione ECM
- curare la programmazione, il monitoraggio e la valutazione consuntiva delle attività formative di triennio di tirocinio pratico per l'ottenimento dell'attestato di medicina generale e del corso di formazione per l'idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria.
- collaborare su richiesta dell'Università degli studi alle problematiche relative alla didattica e al percorso per la laurea in Medicina e Chirurgia e per la pianificazione del tirocinio pratico pre - abilitazione
- collaborare a definire i criteri e i requisiti dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Medicina Generale (Provider, Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.).

L'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale è composta dal Dirigente del Settore Organizzazione Personale e Formazione Risorse Umane, che la presiede, da tre esperti di parte regionale oltre ad un funzionario regionale con veste di segretario verbalizzante senza diritto di voto, e da quattro medici di medicina Generale in rappresentanza delle OOSS firmatarie del vigente A.C.N. con il criterio di rappresentanza

per consistenza associativa. Gli stessi potranno essere rappresentati con delega e potranno essere coadiuvati da altri medici secondo la materia oggetto di trattazione.

L'Area di formazione in medicina Generale nominerà un proprio rappresentante scelto dalla componente dei medici di medicina generale dell'Area stessa, nell'ambito del costituendo Comitato tecnico-scientifico per la formazione specifica in medicina generale di cui al D.M. del 7- Marzo 2006.

L'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale si riunisce su richiesta di una delle parti secondo le necessità e/o le esigenze emergenti.

Le determinazioni espresse in sede di riunione dell'Area di Formazione sono rimesse al Settore Organizzazione Personale e Formazione Risorse Umane della Direzione Controllo Attività Sanitarie per i relativi provvedimenti di competenza.



#### ◆ **Art. 24 - Elenco regionale degli animatori di formazione in M.G.**

1. In applicazione dell'art. 20 comma 15 punto c del ACN si costituisce l'elenco degli animatori di formazione in Medicina Generale, secondo quanto stabilito al punto b) dell'art. costitutivo dell'area di cui al presente accordo.

2. L'elenco è tenuto dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;

3. I medici di medicina generale interessati all'iscrizione nell'Elenco Regionale in argomento e in possesso dei requisiti previsti presentano i loro curricula nei termini e nelle modalità stabilite dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;

4. Gli Animatori di formazione già presenti negli elenchi regionali attuali vengono riconfermati nella loro attività, salvo loro espressa volontà contraria.



#### ◆ **Art. 25 – Elenco regionale dei docenti in Medicina Generale**

1. In applicazione dell'art. 20 comma 15 punto d del ACN si costituisce l'elenco regionale dei docenti in medicina generale, secondo quanto stabilito al punto b) dell'articolo costitutivo dell'area di formazione di cui al presente accordo;

2. L'elenco è tenuto dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;

3. I medici di medicina generale interessati all'iscrizione nell'Elenco Regionale in argomento e in possesso dei requisiti previsti presentano i loro curricula nei termini e nelle modalità stabilite dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;

4. docenti in medicina generale già presenti negli elenchi regionali attuali vengono riconfermati nella loro attività, salvo loro espressa volontà contraria.

#### **Art. 26 - Trattamento economico di animatori e docenti**

1. Gli animatori di formazione iscritti nell'elenco regionale per la realizzazione di ciascuna sessione di eventi formativi organizzati dalla Regione è riconosciuto

- un compenso forfettario, comprensivo del lavoro di preparazione, della sostituzione e delle spese di viaggio, pari a Euro 300,00 IVA esclusa.
2. I docenti in medicina generale iscritti nell'elenco regionale per la realizzazione di ciascuna sessione è riconosciuto un compenso forfettario, comprensivo del lavoro di preparazione, della sostituzione e delle spese di viaggio, pari a Euro 333,34 IVA esclusa.
  3. Ai medici di medicina generale che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti di cui al D.Lvo 277/2003 è riconosciuta un'indennità mensile di Euro 300,00.
  4. per il trattamento economico di docenti e tutor del settore Emergenza si fa riferimento all'art. 20 del capitolo inerente l'Emergenza sanitaria.

## **Art. 27- Progetto regionale del medico di Medicina Generale in Pronto Soccorso**

Le singole ASL che intendono mantenere il servizio di cui all'allegato A della DGR 16-23126 del 12-11-1997, lo potranno fare alle stesse condizioni economiche e normative. Per ulteriori evoluzioni si rimanda al tavolo di cui all'art 29 del presente Accordo.

## **Art. 28- Ufficio di coordinamento distrettuale: integrazioni.**

Oltre a quanto previsto dall'art. 25 dell'ACN, l'ufficio di coordinamento mantiene i rapporti con i referenti delle Equipes Territoriale e con i medici di c.a. del distretto. E' compito del direttore di distretto informare il medico di medicina generale componente dell'ufficio di coordinamento dei provvedimenti e/o delle iniziative da attuare in riferimento alle attività previste all'art. 25 e 27 dell'ACN.

Per l'attività che i medici di medicina generale individuati ai sensi dell'art. 25 comma 4 dell'ACN devono svolgere a norma degli art. 25 e 27 dell'ACN, i distretti devono predisporre delle sedi in cui tali medici possano riunirsi periodicamente durante il mese. L'ufficio di coordinamento distrettuale come previsto dal comma 4 dell'art.25 dell'ACN è di norma convocato dal direttore di distretto almeno una volta al mese.

## **♦ art 29- Tavolo di confronto, monitoraggio e valutazione**

Le parti convengono sull'opportunità di stabilire un tavolo di confronto permanente che permetta maggior agilità e velocità decisionale e parallelo ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi ed agli obiettivi che il vigente A.C.N. affida alla contrattazione regionale e quindi all'organizzazione dell'assistenza sul territorio, al tema dell'appropriatezza prescrittiva anche in rapporto ai carichi burocratici inutili ed a quello della domiciliarità. A tale proposito viene istituito, nel presente A.I.R. un apposito tavolo aperto e permanente che possa permettere alle parti di trovare accordi estemporanei



integrativi con valenza tecnica di approfondimento e contemporaneamente con valenza contrattuale, sui temi in oggetto.

II TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE, presieduto dall'Assessore alla sanità regionale o da suo delegato è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie e dal Responsabile del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera e Territoriale, competente per materia e da rappresentanti delle OOSS di categoria, firmatarie del presente A.I.R. analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative del presente A.I.R.

Per le eventuali implicazioni di categorie diverse da quelle rappresentate dalle OOSS della Medicina Generale, la parte regionale potrà convocare le relative rappresentanze sindacali di categoria.

II TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE si articola su quattro settori

- **obiettivi della negoziazione regionale:** realizzazione degli obiettivi fissati dagli articolo 4 e 5 del vigente A.I.R., in particolare su organizzazione sperimentale della continuità dell'assistenza sul territorio.
- **appropriatezza prescrittiva e burocratica:** coinvolgimento e responsabilizzazione in campo di appropriatezza , di tutti i soggetti prescrittori del S.S.N.; rimozione degli ostacoli burocratici diagnostico-terapeutici; rimozione dei doppi percorsi terapeutici e assistenziali del paziente; integrazione ospedale e territorio; realizzazione di iniziative sperimentali e monitorate mirate all'estensione dell'affidamento del ricettario S.S.N. anche a soggetti prescrittori, diversi operanti nell'ambito del SSN. Forme di responsabilizzazione del settore specialistico privato, in merito alla prescrizione.
- **cure domiciliari:** definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP, l'ADI, le RSA, RFA, RA; definizioni delle linee-guida regionali su UTAP e Ospedale di comunità.
- **liste d'attesa:** introduzione di modelli operativi sperimentali basati su nuove tecnologie e schemi organizzativi per mantenere risposte appropriate sul territorio e attenuare le liste d'attesa; stabilire reti ospedale-territorio.

II TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE sarà formato entro giorni 30 ( trenta) dalla pubblicazione del presente A.I.R. per l'immediata operatività.

Esso potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta solo da una delle OOSS di categoria avente titolo.

### **Art 30. Accesso del medico di famiglia alla funzione di direttore di distretto.**

Le parti ricordano quanto previsto dal D.L vo 229 art. 3- sexies comma 3 e Art. 8 comma 1 come recepito all'art. 18 comma 2 lettera b dell'ACN, relativamente alla possibilità di attribuire da parte del Direttore Generale dell'ASL ad un Medico di Medicina Generale l'incarico di Direttore di Distretto.

## ◆ **NORME FINALI**

### Norma Finale 1

I medici di famiglia potranno partecipare a sperimentazioni sull'utilizzo della telematica sanitaria nel proprio studio e sul territorio, sulla base di accordi fra Regione e OOSS firmatarie definiti di volta in volta per ciascuna tipologia di applicazione.

### Norma Finale 2

Le AA.SS.LL. provvedono allo smaltimento dei rifiuti pericolosi prodotti negli ambulatori di tutti i medici di medicina generale, senza oneri a carico dei medici.

### Norma Finale 3

Le indennità relative ai lavori connessi alla partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro in ambito aziendale, di cui al presente Accordo, possono essere integrate in base a quanto previsto da accordi aziendali compatibilmente con le risorse assegnate.

### Norma Finale 4

Preso atto delle oggettive difficoltà organizzative dei Servizi Aziendali di Continuità Assistenziale, causate dalla cronica carenza di medici, le Parti concordano di sospendere, limitatamente alla durata del presente Accordo, l'applicazione dell'art. 65, comma 3 del vigente A.C.N. per la medicina generale, che prevede l'obbligatorietà dell'aumento a 24 ore settimanali per i medici della Continuità Assistenziale, titolari di un incarico orario pari o inferiore alle 12 ore settimanali.

### Norma Finale 5

Per quanto riguarda il trattamento economico dei tutor valutatori per l'esame di stato, di cui al Decreto 445 del 19-10 2001, le parti convengono di rinviarne la discussione ad un tavolo di confronto tra tutte le componenti ( Regione, OOSS di categoria firmatarie del presente A.I.R., Ordine dei Medici ed Università) onde giungere ad una chiara definizione delle rispettive competenze in merito al problema in oggetto.

### Norma Finale 6

Le parti convengono sull'opportunità di applicare l'Accordo Regionale per la Medicina Generale, relativo alle zone disagiate (Art 45, lett.C2, punto 2 del DPR 271/00) demandandone l'eventuale ridefinizione delle Linee Applicative al tavolo di cui all'art.29 del presente accordo

## Norma Finale 7

Come previsto all'art. 22 comma 11 e art. 14 comma 2 capo I, partecipano agli accordi aziendali e quindi sono componenti del comitato aziendale i rappresentanti delle OO.SS. firmatarie del presente accordo.

### ◆ **ALLEGATO A: Attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico**

Le aree nelle quali le Aziende devono promuovere progetti per la promozione del governo clinico sono:

1. Continuità dell'Assistenza
2. Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
3. Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
4. Accessi al pronto soccorso
5. Prevenzione

L'attivazione dei progetti prevede le seguenti fasi:

- 📄 Studio della situazione esistente, a cura dell'Azienda .
- 📄 Individuazione delle iniziative per il miglioramento della situazione riscontrata, a cura dell'Azienda
- 📄 Definizione degli obiettivi, degli indicatori, delle modalità di rilevazione e delle remunerazioni, d'intesa tra Azienda e MMg attraverso l' UCAD

Dopo l'approvazione del progetto, verifica del raggiungimento dei risultati (secondo le usuali metodiche di misurazione contenute nel documento di budget), a cura dell'Azienda e dell' UCAD.

Letto, Approvato e Sottoscritto  
In originale firmato:

L'Assessore Regionale alla Sanità.....

FIMMG.....

FEDERAZIONE MEDICI.....

(INTESA SINDACALE):

SIMET.....

SUMAI.....

CISL MEDICI.....

CGIL MEDICI.....

Torino, .....