

ACCORDO REGIONALE RELATIVO AI MEDICI INCARICATI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE IN APPLICAZIONE DELL’A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005

PREMESSA

Visto il D. Lgs. n. 229/99 che, all’art. 8, co. 1-bis, ha previsto la possibilità per le Regioni di individuare aree di attività della emergenza territoriale ai fini dell’inquadramento nel ruolo sanitario dei medici 118;

Visti tutti gli atti per il passaggio alla dipendenza posti in essere dalla Regione Toscana (deliberazione G.R. n. 811/2000, decreti dirigenziali nn. 7739/2003, 5639/2004, 7553/2004, 863/2005, 3470/2005, deliberazione G.R. n. 89/2006);

Considerato che il presente accordo, applicativo dell’ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005 con Intesa nella Conferenza Stato/Regioni, costituisce un accordo ponte fra l’attuale situazione che vede i medici del 118 in rapporto convenzionale con il SST e quella in fase di sviluppo tendente all’inquadramento dei medici stessi alla dipendenza;

Ritenuto che è impegno della Regione Toscana continuare il processo di inquadramento nell’area della dipendenza del S.S.N. dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale;

Considerato che l’inquadramento alla dipendenza costituisce una trasformazione dello status del medico 118, che continua ad essere impegnato prevalentemente sul territorio, ma non una trasformazione del ruolo; in tal senso si conferma che i medici EST, al momento dell’inquadramento dovranno essere assegnati alla Centrale Operativa 118;

Ritenuto fondamentale il ruolo del medico del 118 nel SST, sia nella fase extraospedaliera, più propriamente territoriale, che in quella di integrazione nel Pronto Soccorso, così come previsto dai precedenti accordi e dalla Del.G. R. n. 736 del 6/7/2001;

Considerato che il presente accordo, configurato secondo le caratteristiche sopra indicate, si inserisce nella linea strategica individuata d’intesa fra la Regione Toscana, le Aziende Sanitarie, le Sds e le OO.SS., definita in prima istanza nell’accordo con i medici di assistenza primaria sottoscritto il 13 marzo 2006, e finalizzata a :

- migliorare le prestazioni erogate ai cittadini del S.S.N.;
- creare figure mediche a tempo pieno;
- prevedere tutte le sinergie ed integrazioni necessarie per addivenire a modelli organizzativi innovativi integrati da realizzarsi comunque attraverso l’assunzione di ruoli ben definiti da parte di tutti gli operatori della medicina del territorio;

L’Assessore al Diritto alla Salute

I Direttori Generali componenti della delegazione:

Direttore Generale Azienda USL 1

Direttore Generale Azienda USL 3

Direttore Generale Azienda USL 4

Direttore Generale Azienda USL 5.....

Direttore Generale Azienda USL 10.....

Direttore Generale Azienda USL 11

I Presidenti delle Società della Salute della delegazione:

Presidente della Società della Salute “Pisa”.....

Presidente Società della Salute “Prato”.....

Presidente Società della Salute “Mugello”.....

Presidente Società della Salute “Bassa Val di Cecina”.....

Le OO.SS firmatarie dell’Accordo Collettivo Nazionale:

FIMMG

Federazione Medici

Intesa Sindacale

FP-CGIL Medici

In data ._____

CONCORDANO QUANTO SEGUE

INQUADRAMENTO ALLA DIPENDENZA

Al fine di perseguire l’obiettivo tendenziale dell’inquadramento totale nella dipendenza di tutti i medici di emergenza sanitaria territoriale, correlando tale obiettivo obbligatoriamente con la riorganizzazione del sistema di emergenza territoriale, secondo le linee di indirizzo di cui all’Allegato B dell’accordo quadro regionale per il trasporto sanitario, approvato con deliberazione G.R. n. 379 del 19/04/04, è impegno della Regione Toscana:

1. consentire l’inquadramento anche a quei medici divenuti titolari dopo la data del 31 luglio 1999, in possesso del requisito dei 5 anni di incarico a tempo indeterminato;
2. in tal senso prevedere nell’anno 2007 una procedura di idoneità rivolta a tutti coloro che risultano in possesso dei suddetti requisiti, ovvero 5 anni di incarico a tempo indeterminato, alla data del 31.12.2006;
3. effettuare contestualmente, d’intesa con le OO.SS., una ricognizione al fine di acquisire elementi informativi sul numero dei medici incaricati a tempo indeterminato

dal 1 gennaio 2002 in avanti, non rientranti nella procedura di idoneità sopra richiamata, ed alla corrispondenza di tale numero con l'effettivo fabbisogno di sistema;

4. condividere con le OO.SS modalità di superamento del principio di adesione volontaria all'inquadramento alla dipendenza.

DISCIPLINA DEGLI ISTITUTI

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

In relazione al comma 12 dell'art. 31 dell'A.C.N. del 23.3.2005 si conviene che presso ciascuna Azienda U.S.L. venga definito, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, d'intesa con le OO.SS., un piano organizzativo concernente i criteri per la determinazione dei contingenti di medici di emergenza sanitaria territoriale da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni indispensabili di cui al comma 4 dell'art. 31, nonché per la loro distribuzione territoriale. I piani organizzativi aziendali devono essere trasmessi al Comitato regionale ex art. 24.

Individuazione ed attribuzione degli incarichi

In sede di assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, sia a tempo determinato che indeterminato, le Aziende UU.SS.LL. devono curare con la massima attenzione il disposto di cui agli articoli 92, co. 4 e 96, co.1, dell'A.C.N. del 23.3.2005 che prevede che gli incarichi siano attribuiti esclusivamente ai medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione, previsto ai sensi dell'art. 22 del D.P.R. n. 292/87, dell'art. 22 del D.P.R. n. 41/91, dell'art. 66 del D.P.R. n. 484/96, dell'art. 66 del D.P.R. n. 270/00 e dell'art. 96 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 23.3.2005.

Gli incarichi sono conferiti per un numero di postazioni non superiori a due. Le postazioni, che possono essere articolate su più sedi di attività, sono assegnate al momento del conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda U.S.L.. Tuttavia, nel caso di assegnazione a postazione a bassa operatività, oltre alla possibilità di eventuali spostamenti qualora si verificano momentanee e transitorie condizioni di emergenza i cui criteri saranno definiti dal Responsabile della Centrale Operativa 118 di concerto ad un rappresentante dei medici 118, l'incarico potrà essere spostato, per un periodo massimo di 2 mesi nell'arco di un anno solare, presso una postazione ad alta operatività. Detto spostamento potrà avvenire solo previa intesa tra il medico e l'Azienda. Entro 180 gg dal recepimento del presente accordo con atto deliberativo, a livello regionale sarà attivato un monitoraggio sui singoli punti di emergenza sanitaria territoriale, al fine di individuare l'operatività annuale degli stessi.

In relazione al comma 11 dell'art. 92 dell'A.C.N. del 23.3.2005 i medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale ai quali sia riconosciuta dalla competente Commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, possono essere ricollocati ed utilizzati nelle Centrali Operative, nei Presidi fissi di

emergenza, nei P.S./D.E.A. e, previa intesa tra il medico e l'Azienda, in altre strutture aziendali. I medici mantengono il trattamento giuridico ed economico previsto dall'Accordo nazionale reso esecutivo il 23.3.2005.

Nelle domande di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale di cui agli allegati Q/2 e Q/5 dell'Accordo nazionale reso esecutivo il 23.3.2005 l'indicazione da parte del medico del Presidio è da ritenersi indicativa e non vincolante, in quanto le postazioni disponibili possono subire modificazioni a seguito di trasferimenti interni di medici già incaricati a tempo indeterminato. Nel caso specifico di chiusura di una postazione, i medici ivi incaricati saranno assegnati temporaneamente in altra postazione disponibile; l'assegnazione definitiva avverrà attraverso il meccanismo del trasferimento interno al momento della pubblicazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

Adozione cartellino magnetico per rilevazione presenza

Le Aziende UU.SS.LL. valuteranno l'opportunità dell'adozione del cartellino di presenza magnetico quale strumento di rilevazione dell'orario di attività dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale.

Massimale orario

In relazione al comma 3 dell'art. 18 dell'A.C.N. del 23.3.2005 la sospensione parziale dell'attività convenzionale per il medico incaricato di emergenza sanitaria territoriale consiste nella riduzione dell'orario di incarico settimanale per un numero di ore non inferiore a 24.

In via eccezionale e per particolari situazioni operative, l'attività continuativa (guardia attiva e reperibilità) potrà superare, previo assenso del medico, i limiti previsti nei commi 6 e 7 dell'art. 93 dell'A.C.N. del 23.3.2005 ma non potrà comunque eccedere la durata di 24 ore.

In via eccezionale, in caso di effettiva difficoltà di copertura del servizio, i medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale a 38 ore settimanali possono effettuare ore aggiuntive fino a raggiungere un totale complessivo orario mensile pari a 210 ore.

I medici di cui al comma 2 della norma finale n. 1 dell'A.C.N. del 23.3.2005 1, in relazione all'art. 65 che ha previsto l'aumento dell'incarico di continuità assistenziale a 24 ore settimanali, sono confermati ed utilizzati in modo integrato nell'ambito delle funzioni di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale per un numero di ore settimanali pari a 12 di emergenza sanitaria territoriale e 24 di continuità assistenziale. In via eccezionale, in caso di effettiva difficoltà di copertura del servizio, detti medici, incaricati di emergenza sanitaria territoriale a 12 ore settimanali, possono effettuare ore aggiuntive in emergenza fino a raggiungere un totale complessivo orario mensile pari a 66 ore.

Le ore eccedenti le 38 settimanali, pari a 164 ore mensili, svolte dai medici addetti all'emergenza sanitaria territoriale, saranno remunerate con una tariffa oraria maggiorata di € 17,00.

Tutela delle lavoratrici madri

Le Aziende UU.SS.LL. provvederanno ad adottare misure tendenti a favorire l'allattamento da parte dei medici che lo richiedano.

In relazione a quanto previsto dal comma 11 dell'art. 92 dell'A.C.N. del 23.3.2005 le Aziende UU.SS.LL. provvederanno ad adoperarsi affinché le donne in stato di gravidanza fin dal suo inizio, nel caso siano utilizzate nei Pronto Soccorso, siano adibite ad attività che non rechino pregiudizio alla loro condizione.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 18, comma 4 dell'A.C.N. del 23.3.2005, l'Azienda U.S.L. può, su richiesta dell'interessata, ridurre l'orario di lavoro a 24 ore settimanali, con l'eventuale assegnazione di turni solo diurni, per tutto il periodo della gravidanza, escluso quello obbligatorio. Ai medici che operano con orario ridotto è riconosciuto un punteggio proporzionale all'attività svolta.

Aggiornamento

Considerate le esigenze professionali del servizio e la necessità di un aggiornamento continuo e puntuale, è previsto per i medici di emergenza sanitaria territoriale un aggiornamento obbligatorio, in materie attinenti all'emergenza, della durata minima di 24 ore fino ad un massimo di 52 ore annuali, retribuito come servizio attivo.

Ogni Azienda U.S.L. dovrà programmare annualmente tale aggiornamento in relazione alle proprie esigenze, di concerto fra il Responsabile della Centrale Operativa e un rappresentante dei medici di emergenza sanitaria territoriale, con comprovata esperienza nel settore della formazione.

Partecipazione dei medici dell' emergenza alla programmazione del servizio

In relazione a quanto previsto dal comma 5 dell'art. 94 dell'A.C.N. del 23.3.2005 si concorda quanto segue:

- Partecipazione di rappresentanti dei medici incaricati a t.i. di emergenza sanitaria territoriale alla Commissione tecnico-scientifica per la medicina del territorio di cui alla deliberazione G.R. n. 260 del 10/04/06.
- Partecipazione di referenti dei medici incaricati a t.i. di emergenza sanitaria territoriale al Coordinamento dei Responsabili delle Centrali Operative 118 in concomitanza con la discussione di problematiche attinenti l'attività da essi espletata.
- Le Aziende devono definire, d'intesa con i medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale, modelli organizzativi che prevedano la partecipazione di referenti dei medici 118 alla programmazione del servizio.
- Nell'ambito del Comitato regionale ex art. 24 saranno previsti appositi incontri finalizzati alla trattazione di problematiche specifiche inerenti l'inquadramento dei

medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale nell'area della dirigenza medica del S.S.N..

- Nel Comitato Organizzativo 118, previsto dall'art. 5 dell'accordo quadro regionale per il trasporto sanitario, approvato con deliberazione Giunta Regionale n. 379 del 19/4/04, dovrà essere individuato fra le figure aziendali ivi previste, un rappresentante dei medici 118.

Compiti del medico

Il medico di emergenza sanitaria territoriale svolge i seguenti compiti istituzionali, retribuiti con la quota fissa oraria:

- a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al Presidio Ospedaliero, con mezzo attrezzato, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia;
- b) attività assistenziali e organizzative in occasioni di maxiemergenze anche derivanti da eventi NBCR, previo svolgimento di apposito corso di formazione definito a livello regionale dal Coordinamento Sanitario Regionale per l'intervento nelle emergenze, costituito con decreto dirigenziale n. 1939 del 8/4/05;
- c) trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate, in accordo con i protocolli operativi stabiliti dal Responsabile della Centrale Operativa, secondo le indicazioni derivate dal Coordinamento delle Centrali Operative 118;
- d) attività presso Centrali Operative.

Il medico addetto alla Centrale Operativa, appositamente formato sulla base di idonei percorsi definiti dal Coordinamento delle Centrali Operative 118 integrato dai referenti dei medici 118, svolge opera di supervisione dell'attività del personale infermieristico della Centrale per garantire la corretta risposta alle richieste di soccorso, nell'ambito dei protocolli definiti dal Responsabile.

Nelle more della definizione delle procedure di accreditamento delle Centrali Operative 118, da attivarsi entro e non oltre il 31.12.2006, e della applicazione delle stesse, si deve prevedere la presenza del medico nelle Centrali Operative nelle quali annualmente si effettua un numero di servizi di emergenza svolti non inferiore a 35.000, prevedendo la possibilità, per chi opera nelle Centrali Operative che non abbiano tali requisiti di avvalersi della consulenza medica necessaria presso Centrali Operative di riferimento attraverso sistemi informatici in rete e/o telefonia fissa. Sono fatte salve le situazioni già in essere alla data di entrata in vigore del presente accordo, che prevedono la presenza del medico in Centrali Operative nelle quali annualmente si effettua un numero di servizi di emergenza svolti inferiore a 35.000. Deve essere comunque obbligatoriamente prevista la presenza del medico dell'emergenza sanitaria territoriale qualora la Centrale Operativa gestisca direttamente l'attività di continuità assistenziale.

Oltre ai compiti istituzionali di cui sopra, il medico di emergenza sanitaria territoriale può svolgere, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, le seguenti prestazioni aggiuntive:

- 1) attività – da stabilirsi nell'ambito della contrattazione aziendale per almeno 12 ore settimanali - con assunzione di responsabilità, di primo intervento nei DEA e/o servizi correlati o nelle strutture di P.S. presenti nel territorio di competenza dell'Azienda;
- 2) attività di primo soccorso presso sedi stabilite e rese idonee a livello aziendale;

- 3) attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali, ecc.;
- 4) attività nelle Centrali Operative di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio, definita nell'ambito dei modelli organizzativi aziendali;
- 5) interventi di assistenza e soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, moto medica ed altri mezzi di soccorso e/o trasporto attrezzati terrestri o marittimi;
- 6) attività didattica, previa valutazione certificativa da parte del Responsabile della Centrale Operativa, richiesta dallo stesso Responsabile, presso le strutture pubbliche e/o private che si intersecano con il sistema dell'emergenza sanitaria.

In relazione al comma 6 dell'art. 95 dell'A.C.N. del 23.3.2005 le parti condividono l'esigenza di attuare, a livello regionale, un progetto informativo di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.

Interventi su mezzi ad ala rotante

I medici dell'emergenza sanitaria territoriale prestano, previo loro assenso, attività sugli elicotteri del servizio regionale di elisoccorso.

Al fine di consentire l'effettiva presenza dei medici nel servizio di elisoccorso, sarà costituita entro 30 gg dal recepimento del presente accordo con deliberazione della Giunta Regionale, una commissione formata da rappresentanti della Direzione generale del Diritto alla salute, Settore Servizi sanitari territoriali, dai tre responsabili delle basi dell'elisoccorso, e da rappresentanti individuati dalle OO.SS.

Tale Commissione ha il compito di predisporre i criteri di accesso al servizio.

Contestualmente la Direzione Generale del Diritto alla Salute attiverà una collaborazione con il M&S (S.Anna) finalizzata al monitoraggio del servizio di elisoccorso.

Libera professione

Con riferimento al comma 10 dell'art. 95 dell'A.C.N. del 23.3.2005 il medico incaricato di emergenza sanitaria territoriale può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, purchè essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.

L'attività libero professionale consentita è esclusivamente quella che prevede un rapporto diretto medico – paziente, senza alcuna intermediazione.

L'attività libero professionale può essere svolta fino al limite massimo di 10 ore settimanali.

In relazione al comma 11 dell'art. 95 dell'A.C.N. del 23.3.2005 il medico che svolge attività libero professionale deve rilasciare all'Azienda apposita dichiarazione.

Iscrizione a corsi di specializzazione

In relazione al comma 3 dell'art. 53 della L.R. n. 40/2005 ai medici, convenzionati, incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale, non in possesso di specializzazione, è consentito sospendere l'attività convenzionata per il periodo corrispondente alla durata dei corsi di specializzazione di cui ai D. L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03.

Il medico è sospeso dall'attività, pur mantenendo continuità del rapporto convenzionale ai fini del riconoscimento dell'anzianità di servizio.

Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza

Il programma indicativo del corso di idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale, della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, è definito dall'Allegato "A", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Ferme restando le previsioni dell'art. 96 dell'A.C.N. del 23.3.2005 in ordine ai criteri di accesso, le Aziende possono organizzare i corsi specifici di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza anche con modalità di Area Vasta.

E' rimessa alla valutazione aziendale l'opportunità di richiedere ai medici il pagamento di una quota di iscrizione, a copertura delle spese sostenute per l'effettuazione del corso.

In relazione a quanto previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. del 23.3.2005, in caso di mancanza di medici disponibili alla frequenza del corso di idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale tra quelli aventi diritto ai sensi dell'art. 96, l'Azienda può ammettere al corso medici non inseriti nella graduatoria regionale.

Coloro che non risultino idonei all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale per il non superamento del corso presso una delle Aziende sanitarie Locali della Regione, non potranno partecipare ad un ulteriore corso, se non dopo un periodo non inferiore a 12 mesi dall'esito negativo.

Sostituzioni, incarichi provvisori

In relazione a quanto previsto dall'art. 97, comma 4 dell'A.C.N. del 23.3.2005, gli incarichi provvisori possono essere conferiti dalle Aziende a medici inseriti nella graduatoria regionale, per un periodo non superiore a 12 mesi. Per quanto attiene ai medici non inseriti nella graduatoria regionale, in possesso dell'attestato DEU, si prevede che gli incarichi provvisori possano essere conferiti per un periodo di tempo non eccedente comunque l'entrata in vigore della nuova graduatoria regionale definitiva.

L'Azienda, in relazione a quanto previsto dal comma 4 dell'art. 97 dell'A.C.N. del 23.3.2005, conferisce incarichi provvisori per n. 38 ore settimanali. Eccezionalmente, in relazione ad obiettive difficoltà di organizzazione del servizio, si conviene che le Aziende

possano conferire incarichi provvisori per n. 24 ore settimanali o inferiori, della durata massima di un mese. Dopo 18 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo saranno effettuate verifiche in relazione all'effettivo conferimento su tutto il territorio regionale di incarichi provvisori inferiori a 38 ore settimanali.

Copertura assicurativa

In applicazione dell'art. 99, co. 8 dell'A.C.N. del 23.3.2005 le Aziende dovranno prevedere una RCT, con modalità di copertura assicurativa omogenea nelle 3 Aree Vaste, equiparabile a quella del Medico Dipendente per i sanitari che operino nell'ambito della struttura intramoenia, Pronto Soccorso, punti di Primo Soccorso.

Si raccomanda che nel caso di certificazioni medico-legali INAIL da parte del medico 118 impegnato in servizio nei Pronto Soccorsi le Aziende retribuiscono tale attività in analogia a quella dei medici dipendenti.

Riposo annuale

Con riferimento a quanto previsto all'art. 98, co. 3 dell'A.C.N. del 23.3.2005 dalla data del 1 aprile 2005 al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale, incaricato per 38 ore settimanali, spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 133 ore.

Si concorda che dal dal 1° giorno del mese successivo alla data di approvazione da parte della Giunta Regionale della delibera di recepimento dello stesso, tale periodo annuale sia incrementato di 12 ore, portando quindi il periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo a 145 ore.

Trattamento economico

Ai medici addetti ai servizi di emergenza sanitaria territoriale spetta per lo svolgimento dei compiti istituzionali il trattamento economico di cui all'art. 98 dell'Accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 23.3.2005.

Inoltre, sulla base del presente accordo regionale, è dovuto un ulteriore compenso pari a Euro 830,00 mensili lorde così suddiviso:

1. € 570 mensili lorde a fronte di:

- attività, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, con assunzione di responsabilità, di primo intervento nelle strutture di Pronto Soccorso e/o di primo soccorso presso sedi stabilite e rese idonee a livello aziendale,

- attività didattica, previa valutazione certificativa da parte del Responsabile della Centrale Operativa, richiesta dallo stesso Responsabile, presso le strutture pubbliche e/o private che si intersecano nel sistema della emergenza sanitaria;
- attività di reperibilità, nel limite massimo di 4 turni mensili di reperibilità domiciliare di 12 ore, i medici in turno di reperibilità sono attivati, oltre che come previsto dal comma 10 dell'art. 97, al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro, anche per trasferimenti solo ed esclusivamente urgenti e non programmati, necessità derivanti da maxi-emergenze e prosecuzione della copertura delle assenze improvvise, fino alle successive 48 ore;
- copertura dell'indennità di rischio malattie infettive, dell'indennità di rischio attività su mezzi a velocità sostenuta, dell'indennità postazioni disagiate, dell'indennità per prestazioni di particolare impegno professionale;
- attività connesse alla compilazione schede di verifica qualità sui servizi; accurata compilazione relazioni mediche - secondo il modello Allegato "B", parte integrante e sostanziale del presente accordo - anche a fini epidemiologici e statistici; partecipazione all'implementazione di nuove tipologie organizzative e tecnologiche.

2. € 260 mensili lordi su contrattazione aziendale per prestazioni, ulteriori rispetto a quelle sopra elencate riferite al compenso di € 570, che ogni Azienda valuterà in relazione alle esigenze locali.

Il compenso aggiuntivo di € 830 spetta al medico di emergenza sanitaria territoriale incaricato per 38 ore settimanali. Orari inferiori alle 38 ore settimanali comportano una corrispondente e proporzionale diminuzione del compenso aggiuntivo stesso.

Decorrenza

Il presente accordo decorre dal 1° giorno del mese successivo alla data di approvazione da parte della Giunta Regionale della delibera di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Durata dell'Accordo

Il presente accordo ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo accordo regionale per l'attuazione del prossimo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dichiarazione a verbale n. 1

Federazione Medici come da propria bozza programmatica sostiene la necessità di un impegno comune della Regione, Aziende ed OO.SS. al fine di valutare l'opportunità di individuare, nel prossimo futuro, gli strumenti atti a conferire incarichi a tempo indeterminato a quanti, fra i medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale non iscritti nella graduatoria regionale sono impiegati da almeno 5 anni in servizio continuativo nell'emergenza territoriale a garanzia di tenuta del sistema.

Auspica pertanto il superamento di vincoli normativi obsoleti che protraggono un rapporto lavorativo di precarietà dei suddetti medici, in un settore, la medicina generale, sostanzialmente distante dalle prerogative professionali e di sistema dell'emergenza sanitaria territoriale.

Dichiarazione a verbale n. 2

In relazione all'introduzione di un cut-off di 35.000 interventi di emergenza, quale limite introdotto per l'obbligatorio inserimento dei medici 118 nelle Centrali Operative della Regione, Federazione Medici valuta inappropriata tale indicazione poiché preclude, per quelle Centrali Operative che non dispongono del medico, l'espletamento di una componente essenziale ed integrante della formazione e del profilo professionale dei medici 118 al servizio del sistema.

Dichiarazione a verbale n. 3

In relazione all'istituita Scuola di Specializzazione in Emergenza-Urgenza, Federazione Medici ritiene essenziale l'avvio di un confronto urgente con tutte le Istituzioni preposte, al fine di assicurare l'accesso e la partecipazione dei medici est e contribuendo ad arricchire di ulteriori contenuti formativi e professionali il circuito dell'emergenza-urgenza regionale.

Dichiarazione a verbale n. 4

La FIMMG Emergenza Sanitaria ritiene indispensabile che si giunga in tempi rapidi ad una riorganizzazione del sistema 118 nell'ambito della regione Toscana al fine di pervenire ad un'omogeneità di gestione operativa del servizio e dichiara fin da ora la propria disponibilità ad una concertazione di detto riordino.

ALLEGATO A

***PROGRAMMA INDICATIVO DEL CORSO DI
FORMAZIONE***

PER I MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO DI

EMERGENZA SANITARIA 118

OBIETTIVI DEI DISCENTI

Al termine del corso i partecipanti devono essere in grado di:

1. conoscere il sistema di Emergenza Sanitaria 118, il ruolo e le funzioni, i rapporti con gli enti pubblici e privati;
2. conoscere il territorio ove si opera, i sistemi di telecomunicazione, i mezzi usati;
3. essere in grado di saper fare triage e valutare scenari complessi, riconoscere quadri patologici clinici riguardanti il settore dell'emergenza-urgenza e la necessità di "centralizzare" i pazienti critici.
4. valutare, rianimare e stabilizzare il paziente nella fase extra e intraospedaliera
5. saper impostare e risolvere per ogni singolo paziente, tutte le problematiche relative alla sicurezza del trasporto sanitario urgente.
6. gestire la dimissione del paziente attraverso forme di integrazione con la professionalità e le attività intra ed extraospedaliere.
7. partecipare alla risposta sanitaria e alla gestione organizzativa nelle maxiemergenze intra ed extra-ospedaliere.

OBIETTIVI GENERALI PER I DOCENTI

Mettere i partecipanti in grado di:

1. saper valutare e trattare correttamente i disturbi della coscienza;
2. saper valutare e trattare correttamente gli scompensi circolatori acuti;
3. impostare correttamente la diagnosi ed il trattamento del dolore toracico;
4. saper valutare e trattare le aritmie;
5. saper valutare e trattare incidenti vascolari acuti – stroke.
6. saper valutare e trattare correttamente le insufficienze respiratorie acute;
7. saper valutare e trattare le condizioni cliniche acute connesse alla tossicodipendenza, all'alcolismo ed a fattori tossici.
8. saper valutare e trattare i casi di elettrocuzione, ustione, annegamento, ipotermia
9. saper affrontare le emergenze ostetrico-ginecologiche e pediatriche
10. saper affrontare le emergenze psichiatriche e le situazioni particolari quali l'abbandono sociale.
11. saper affrontare, valutare e trattare le emergenze traumatiche (politrauma, trauma cranico e vertebro-midollare)
12. saper usare ed interpretare i vari "score" in emergenza,
13. utilizzo degli "utstein-style" nella routine compilativa delle schede o relazioni mediche.
14. conoscere e gestire gli aspetti organizzativi e di comunicazione della centrale operativa 118, saper usare le frequenze Radio per comunicare ed interloquire correttamente con la C.O.
15. utilizzare le tecniche del management al fine di ottimizzare le risorse e applicare la metodologia VRQ/ acquisire i concetti fondamentali delle pathway degli audit e della gestione del rischio clinico.

METODOLOGIA

1. Lezioni didattiche frontali ed interattive integrate con casi simulati.
2. Lavori in piccoli gruppi su casi simulati e scenari complessi.
3. Suddivisione in gruppi per la partecipazione ai corsi base ed avanzati adulto/pediatrici per la gestione dei pazienti critici – simulazioni pratiche.
4. Tirocinio pratico presso i DEA/RTI/UTIC – CO/Mezzi di soccorso.

CONTENUTI DEL CORSO

Sono previsti:

- a. Specifici corsi teorico-pratici di base ed avanzati
- b. Lezioni didattiche frontali ed interattive
- c. Tirocini pratici in ospedale e sul territorio.

PROGRAMMA DEI CORSI DI BASE

Corso PHAM - (Gestione preospedaliera delle vie aeree)

Corso P-BLS esecutore cat D/C – (pediatric basic life support : Supporto vitale di base in età pediatrica) \

Corso BLS-D esecutore – (basic life support + Early Defibrillation: Supporto vitale di base e defibrillazione precoce)

PROGRAMMA DEI CORSI AVANZATI

Corso P-ALS esecutore – (Pediatric Advanced life support: Supporto vitale avanzato in età pediatrica)

Corso ACLS esecutore – (advanced life support cardiologico: Supporto vitale cardiologico avanzato)

Corso PHTM esecutore – (Pre-Hospital Trauma Management : Gestione preospedaliera del paziente traumatizzato)

Schema indicativo di argomenti per le lezioni plenarie

❖ Elementi di management :

- analisi organizzativa (dati)
- modelli organizzativi
- aspetti gestionali degli interventi in emergenza.

❖ Le centrali operative:

- il dispatch
- la centralizzaz. dei pazienti critici
- DNR (no resuscitate)
-

❖ Il sistema qualità:

- i fondamenti delle patway
- gli audit
- la gestione del rischio clinico

❖ Telecomunicaz.e telemedicina:

- Sistemi di comunicazione
- L'importanza del dato clinico: archiviazione

❖ Le macroemergenze :

- triage
- emergenze NBCR

❖ Problematiche medico legali

- gestione del minore
- gestione dell'incapace di intendere e/o volere/interdetto/etilismo acuto
- la privacy/la gestione dei dati sensibili
- accesso agli atti
- il consenso informato
- la responsabilità penale

❖ Il Paziente neurologico :

- Coma/Convulsioni /Vertigine / Cefalea
- Es. neurologico in Urgenza: uso degli score
- Trauma Cranico
- Traumi Vertebro-midollari

❖ Urgenze cerebro-vascolari :

- Stroke
- GEC

❖ Shock:

- classificazione
- trattamento
-

❖ Richiami di elettrocardiografia di base:

❖ Aritmie:

- bradi / tachiaritmie
- sopra-sottoventricolari

- ❖ Sincope:
 - Fattori di rischio, criteri e indicazioni all'ospedalizzazione
 - esami di laboratorio e strumentali

- ❖ Urgenze cardio-vascolari:
 - Sindrome Coronarica Acuta
 - Ipo-Ipertensione
 - EPA
 - Tamponamento cardiaco
 - anemia severa
 - Il percorso organizzativo-assistenziale delle malattie cardiologiche acute
 - Ventilazione non invasiva

- ❖ Dispnea acuta:
 - IRA acuta e cronica
 - asma acuto
 - Linee guida diagnosi differenziali e gestione in PS/DEA
 - BPCO e loro riacutizzazioni
 - versamenti pleurici
 - Embolia Polmonare

- ❖ Trauma Toracico:
 - Pnx

- ❖ Urgenze pediatriche
 - Nozioni propedeutiche

- ❖ Gestione delle vie aeree :
 - I.O.T
 - Linee Guida farmaci per la sedazione extraospedaliera

- ❖ Disordini idroelettrolitici:
 - equilibrio acido-base
 - interpretazione dell'EGA

- ❖ Intossicazioni acute :
 - introduzione propedeutica
 - classificazioni
 - antidoti

- ❖ Trattamento delle endocrinopatie in urgenza:
 - Tireotossicosi
 - diabete mellito

- ❖ Emergenze toraco-addominali :
 - drenaggio toracico
 - dissecazione aortica
 - addome acuto peritonitico
 - epididimite e torsione del funicolo

- ❖ Urgenze vascolari :
 - Sindr. Vascolari acute
 - TVP
 - Esami di laboratorio e strumentali

❖ Le Urgenze Psichiatriche

❖ Urgenze oculistiche:

- non traumatiche
- traumatiche

❖ Urgenze ORL e fratture del massiccio faciale :

- corpi estranei
- ostruzioni vie aeree superiori
- epistassi
- fratture del massiccio facciale

❖ Urgenze ostetrico-ginecologiche:

- il parto difficile (tecniche di disimpegno)
- sanguinamento vaginale non correlato alla gravidanza
- malattia infiammatoria pelvica : sintomi e d.d.

❖ Ferite superficiali :

- il “campo asettico”
- sutura delle ferite complesse: indicazioni

❖ Integrazione Territorio/DEA

- Procedure e protocolli condivisi

Parte pratica del Corso

Il Tirocinio Pratico del Corso verrà svolto presso Ospedali che siano dotati di :

1. Pronto Soccorso – Medicina e chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione e terapia Intensiva
3. Cardiologia e Terapia Intensiva cardiologia

Dovrà essere specificatamente previsto una quota parte di ore di tirocinio presso:

- a. Centrale Operativa 118
- b. Mezzi di soccorso d'emergenza-urgenza operanti sul territorio

Valutazione finale

La valutazione finale di IDONEITA' all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale verrà effettuata mediante prova scritta (anche con l'uso di appositi test a risposte multiple, libere e/o chiuse), orale e/o pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale dell'Azienda ASL che ha effettuato il Corso, con formale provvedimento.

ALLEGATO B

REGIONE TOSCANA - CENTRALE OPERATIVA

N.chiamata

Partenza da sede operativa	Si	No	data	/	/	Codice invio	Codice mezzo
EQUIPAGGIO: nome (iniziale) e cognome			Luogo evento	strada	esercizio pubbl.	impianto sportivo	casa lavoro scuola altro
Med	.		V./P.za				n Prov
Inf	.		Comune				
Aut	.		Meteo	nebbia	pioggia	grandine	neve Luogo impervio
1°soc	.		Fondo stradale	bagnato	ghiacciato	innevato	Ora indicativa arrivo .
2°soc	.		Presenti	Pol. Strad.	112	115	113 VVUU Med .Curante Altro Medico

DATI IDENTIFICATIVI							
forniti da:	paziente	documento identità	parenti/conoscenti.....			Età	Sesso
Cognome				Nome			
Comune nascita				Prov		Data nascita	/ /
ResidenzaV/P.za	n	Comune					Prov
Paziente non identificabile: Età apparente Sesso Razza.....Segni Particolari.....							

POSIZIONE PAZIENTE ALL'ARRIVO	in piedi	seduto	supino	prono	decubito lat sn	decubito lat dx	imprigionato
SINTOMI PRODROMICI E/O DI ESORDIO	non noti	riferiti da:	familiari/presenti		medico curante	paziente stesso	

PATOLOGIE PREGRESSE	nessuna	non note	note	riferite da	paziente	fam./presenti	medico	desunte da f. presenti
----------------------------	---------	----------	------	--------------------	----------	---------------	--------	------------------------

TERAPIA IN CORSO	nessuna	non note	note	riferite da	paziente	fam./presenti	medico	desunte da f. presenti
-------------------------	---------	----------	------	--------------------	----------	---------------	--------	------------------------

ALLERGIE	nessuna	non note	note	ULTIMO PASTO h. .
-----------------	---------	----------	------------	--------------------------

EMERGENZA NON TRAUMATICA			TRAUMA					
respiratoria	cardiovascolare	neurologica	sul lavoro	domestico	sportivo	agricolo	in acqua	aeronautico
psichiatrica	tossicologica	metabolica/endocrina	ustione	esplosione	crollo	atto violento	arma	bianca da fuoco
chirurgica	allergologica	ostetrica/ginecologica	elettrocuz./folgorazione		caduta accidentale		caduta > 2 m	

INCIDENTE STRADALE

mezzo	coinvolto	dinamica		
autovettura	m. pesante	conducente	investimento	scontro frontale
motocicletta	m. agricolo	pedone	capottamento	scontro fronto-lat
m. su rotaia		passaggero ant	urto contro ostacolo	proiezione/eiezione
bicicletta		passaggero post	tamponamento	
		Cinture indossate		si no Casco indossato si no
		Cinture già slacciate		si no Casco già rimosso si no
		Air bag esploso		si no
		altri coinvolti deceduti		estricazione complessa

ES. NEUROLOGICO

negativo

Coscienza	Deficit forza	Deficit sensibilità	miosi	ptosi	afasia	crisi convulsiva parziale
indenne	arto sup dx	arto sup dx	midriasi reag	nistagmo	disartria	crisi convulsiva generalizzata
assente	arto sup sn	arto sup sn	midriasi fissa	diplopia	trisma	morsus lingua
disorientamento	arto inf dx	arto inf dx	anisocoria >sn	deviaz. sguardo sn	dev. rima orale	perdita feci/urine
agitazione	arto inf sn	arto inf sn	anisocoria >dx	deviaz. sguardo dx	rigidità nucale	deficit coordinazione
			r. corneale assente	oto/rinoliquorrea	cefalea	vertigini sogg oggi

Cincinnati prehospital stroke scale			Deficit neurologico acuto	Transitoria Perdita Coscienza	Trauma cranico minore:
Mimica facciale	Mov. braccia	Linguaggio	inizio riferito		grado
normale	normale	normale	data / /	riferita	0 1
anormale	anormale	anormale	ora .	constatata	0+ 2

E.O. TORACE negativo

respiro assente	alitementto pinne nasali	suono chiaro polmonare sn	enfisema sottocutaneo
ortopnea	impegno muscoli accessori	suono chiaro polmonare dx	turgore giugulari
dispnea da sforzo	rientramenti inspitarori	iperfonesi dx	deviazione tracheale dx
dispnea a riposo	movimento paradosso addome	iperfonesi sn	deviazione tracheale sn
ostruzione vie aeree parziale	espansione asimmetrica >sn	ipofonesi/ottusità sn	stridore inspiratorio
ostruzione vie aeree completa	espansione asimmetrica >dx	ipofonesi/ottusità dx	

FVT DX	FVT SN	MVF DX	MVF SN	crepiti dx	ronchi dx	CIANOSI
normale	normale	normale	normale	cripiti sn	ronchi sn	
diminuito	diminuito	ridotto	ridotto	sibili dx		
assente	assente	assente	assente	sibili sn		
						periorale
						ungueale
						generalizzata

DOLORE TORACICO

ant dx ant sn post dx post sn retrosternale interscapolare epigastrico **Correlato** sforzo esposiz.freddo stress pasto

Insorto data / / **ora** . **Irradiato** arto sup.dx arto sup.sn mandibola collo addome

epistassi emottisi ematemesi melena proctorragia ematuria menorragia metrorragia sudorazione algida /pallore

EMORRAGIA ESTERNA:PERDITA STIMATA	ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO	Etiologia presunta
<input type="checkbox"/> <750ml <input type="checkbox"/> 750-1500ml <input type="checkbox"/> 1500-2000ml <input type="checkbox"/> >2000ml	<input type="checkbox"/> in atto all'arrivo	<input type="checkbox"/> S. Coronarica Acuta o IMA
POLSI PERIFERICI	<input type="checkbox"/> no BLS in corso	<input type="checkbox"/> Overdose
<input type="checkbox"/> simmetrici	<input type="checkbox"/> BLS laici	<input type="checkbox"/> Stroke
<input type="checkbox"/> asimmetrici	<input type="checkbox"/> BLS equip . 118	<input type="checkbox"/> Annegamento
<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> BLSd: scariche <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> Folgorazione
<input type="checkbox"/> polso paradosso		<input type="checkbox"/> Emorragia esterna
POLSO ASSENTE	<input type="checkbox"/> testimoniato	<input type="checkbox"/> altro
radiale <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn	<input type="checkbox"/> laici	
brachiale <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn	<input type="checkbox"/> equipaggio ALS	
femorale <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn		
pedidio <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn		

	arrivo	h.	al PS	ECG
FR				<input type="checkbox"/> MONITORAGGIO <input type="checkbox"/> 12 DERIVAZIONI <input type="checkbox"/> TRASMISSIONE
FC				<input type="checkbox"/> ritmo sinusale <input type="checkbox"/> bradic. sinusale <input type="checkbox"/> tachic. sinusale <input type="checkbox"/> asistolia
PA				<input type="checkbox"/> flutter striale <input type="checkbox"/> fibrillazione atriale <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> FV
GLICEMIA				<input type="checkbox"/> Blocco AV 1° <input type="checkbox"/> BAV 2° tipo1 <input type="checkbox"/> BAV 2° tipo 2 <input type="checkbox"/> BAV 3°
SPO2 in aria				<input type="checkbox"/> BBdx <input type="checkbox"/> BBsn <input type="checkbox"/> extras. sopraventric. <input type="checkbox"/> extras. ventric
SPO2 in O2				<input type="checkbox"/> tachic. QRS stretti <input type="checkbox"/> tachic. QRS larghi
VRS				sopraliv. ST <input type="checkbox"/> ant (V1, V2, V3, V4) <input type="checkbox"/> inf (DII, DIII, aVF) <input type="checkbox"/> dx (V3, V4, aVR)
				<input type="checkbox"/> lat (V5, V6, DI, aVL) <input type="checkbox"/> settale (V1, V2)
				<input type="checkbox"/> sottoliv. ST
				<input type="checkbox"/> Soffi cardiaci CL. KILLIP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 TIMI RISK SCORE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

