REGIONE BASILICATA

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI **MEDICINA GENERALE**

AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 8, COMMA 1, DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI

PREMESSA

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale reso esecutivo in data 23 marzo 2005 pone le basi per avviare un processo di forte innovazione dell'assetto organizzativo della medicina generale nel territorio così come delineato nel P.S.N. 2003-2005 e condiviso dalle Regioni nell'intesa Stato Regioni del 29.07.04.

Si impone, pertanto, la necessità di "*una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale a favore del territorio che deve caratterizzarsi come soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini*".

Inoltre il contesto economico-finanziario del S.S. richiede che le scelte di politica sanitaria siano incentrate sulle valutazioni di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse con riguardo sia all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri che alla appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche con lo scopo di razionalizzare la spesa nel rispetto dei LEA.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale l'Accordo Integrativo Regionale in applicazione del D.P.R. 270/00 approvato con DGR n. 1640/01 e ss.mm. aveva come obiettivo il riequilibrio a livello di risorse tra il macrolivello ospedaliero e quello territoriale con una precisa scelta di maggiore investimento sulla medicina territoriale. La Regione si pone in una prospettiva di continuità e di consolidamento del processo di programmazione e gestione nella medicina convenzionale avviato con l'AIR 2001.

L'accordo regionale recepisce ed integra gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'ACN del 23.3.05 in particolare, così come di seguito riportato:

- Perseguimento dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da condividere con il comparto medico ospedaliero e specialistico ambulatoriale attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali integrati nell'ottica dell'assistenza globale alla persona.
- Potenziamento della medicina sul territorio intesa quale sistema in grado di intercettare direttamente la domanda di salute del cittadino e di assicurare interventi appropriati ed efficaci anche attraverso l'ottimizzazione degli istituti già operativi (es. disponibilità telefonica).
- Organizzazione capillare dei medici sul territorio per garantire la continuità dell'assistenza (h24).
- Individuazione di forme di integrazione tra la Continuità Assistenziale e Medicina di Base.
- Coinvolgimento del medico sul territorio nelle attività di prevenzione individuate dalla programmazione regionale e aziendale.
- Attività di promozione della nascita delle Utap quale strutture in cui sperimentare la realizzazione della continuità dell'assistenza tra servizi territoriali e tra questi e l'ospedale.

- Rivisitazione delle forme associative per poter valorizzare i modelli organizzativi che di più assolvono alla funzione di migliore accessibilità ai servizi e migliore presa in carico del paziente.
- Definizione di un modello di formazione coerente con gli obiettivi di integrazione territorio-ospedale.
- Adeguamento software ai fini dell'erogazione dell'indennità informatica e compatibilità per connessione in rete Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenza. Definizione accordo per l'accesso alla indennità ai sensi dell'art. 1 comma 277 della L. 266/05.
- Attivazione programmi per il governo clinico e adozione di un sistema premiante correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo percentuali di raggiungimento del risultato.
- Organizzazione a regime dell'emergenza sanitaria territoriale, nelle more dell'attivazione di quanto previsto dall'art. 17 comma 2 L.R. 5/05.

CAPO I
PRINCIPI GENERALI

Art. 1 - Campo di applicazione (Art. 13 ACN del 23 marzo 2005)

L'accordo regionale di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizza livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione regionale, rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Il presente accordo regola il rapporto esistente fra le Azienda Sanitarie Locali della Regione Basilicata e i medici di medicina generale in esse operanti per lo svolgimento dei compiti relativi a:

a. Assistenza Primaria
b. Continuità Assistenziale
c. Emergenza Sanitaria Territoriale
d. Medicina dei Servizi

Art. 2 – Graduatoria Regionale (Art. 15 ACN del 23 marzo 2005. DGR n° 134 del 06/02/06)

Fermo restando quanto disciplinato dall'ACN del 23 marzo 2005 in materia di graduatoria, è prevista la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal predetto Accordo.

Art. 3 – Titoli per la formazione delle graduatorie (Art. 16 ACN del 23 marzo 2005)

Per il conferimento degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati, secondo le procedure di cui all'Accordo Collettivo Nazionale, la Regione fatto salvo il disposto di cui all'art. 34, comma 2, lettera a), e dell'art. 63, comma 2, lettera a), riserva nel proprio ambito per gli incarichi rilevati a partire dall'anno 2006:

a) una percentuale dell'60% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.
b) una percentuale del 40% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Art. 4 – Formazione continua (Art. 20 ACN del 23 marzo 2005)

Le parti concordano di rinviare la disciplina sulla formazione continua all'imminente attivazione del Sistema Regionale di Educazione Continua.

Art. 5 – Diritti sindacali (Art. 21 ACN del 23 marzo 2005)

1. Ai medici componenti di parte medica convenzionati presenti nel Comitato Regionale dalla data di pubblicazione del presente accordo, spetta una indennità sostitutiva del rimborso per spese di viaggio e di sostituzione omnicomprensiva di **€ 130.**

   L'indennità viene corrisposta dall'Azienda di iscrizione del medico previa certificazione attestante la partecipazione a ciascuna seduta inviata dalla Regione alle singole Aziende e/o mediante presentazione, da parte del medico interessato, di apposito attestato rilasciato a termine della riunione stessa.

2. Ai medici componenti di parte medica convenzionati presenti nel Comitato Aziendale dalla data di pubblicazione del presente accordo, spetta una indennità sostitutiva del rimborso per spese di viaggio e di sostituzione omnicomprensiva di **€ 100.**
3. Ai medici componenti di parte medica convenzionati presenti nell'Ufficio di Coordinamento distrettuale e nelle Commissioni Regionali e Aziendali istituite per le problematiche relative al Governo Clinico spettano le stesse indennità previste per la partecipazione al Comitato Aziendale.

Art. 6 – Rappresentatività sindacale (Art. 22 ACN del 23 marzo 2005)

1. La consistenza associativa su base regionale ed aziendale di tutte le organizzazioni sindacali, rilevate ai sensi del comma 2 dell'art 22 dell'ACN del 23 marzo 2005, deve essere trasmessa entro il 28 febbraio anche alle Segreterie Regionali delle organizzazioni sindacali interessate.
2. Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 art. 22 dell'ACN del 23 marzo 2005 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula dell'Accordo Regionale.
3. Gli Accordi Aziendali sono stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Regionale.

Art. 7 - Comitato aziendale (Art. 23 ACN del 23 marzo 2005)

A livello aziendale è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e Rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo regionale. Nella composizione del comitato aziendale il numero di rappresentanti per singola organizzazione sindacale viene individuato in 1 rappresentante per ciascuna frazione di 0-20 iscritti, per un max di tre rappresentanti per sigla.
Il Comitato Aziendale viene di norma convocato ogni sessanta giorni mediante lettera AR spedita almeno 10 giorni prima (in via eccezionale ed urgente anche per fax) comprendente l'ordine del giorno; copia della lettera di convocazione viene inviata anche alla Segreteria Provinciale delle OO.SS. presenti nel Comitato. In caso di protratte non convocazioni del Comitato, lo stesso viene convocato entro 15 giorni su richiesta di una o più OO.SS.

Art. 8 - Osservatorio consultivo permanente

Il Comitato Regionale, oltre ai compiti previsti dall'art. 24 dell'ACN del 23 marzo 2005, assume anche il ruolo di osservatorio permanente su eventuali problemi che dovessero insorgere nella fase di applicazione del presente accordo e provvede al monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina generale.

Art. 9 - Programmazione e monitoraggio delle attività (Art. 25 ACN del 23 marzo 2005)

1. Ad integrazione di quanto previsto dal comma 2 dell'art. 25 dell'ACN del 23 marzo 2005, in ogni Azienda viene istituito il **"Fondo aziendale per l'assistenza primaria"**, al fine di promuovere l'attuazione degli obiettivi di salute fissati dalla programmazione sociosanitaria regionale da conseguire attraverso l'applicazione, in sede aziendale, degli indirizzi dell'Accordo regionale. Il fondo, alimentato così come definito dal comma 6 lettera B dell'art. 24 del presente accordo, è costituito da:
   1.1 Risorse certe e definite, pari ad un compenso forfetario annuo per assistito in carico ai medici di assistenza primaria costituite da **€ 3,08** annue ad assistite.

1.2 Risorse derivanti dai processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione realizzati nei singoli distretti su specifici indicatori concordati fra Azienda e OO.SS.

1.3 Criteri d'assegnazione del Fondo:

a. Le risorse certe e definite vengono assegnate ai medici di assistenza primaria trattandosi di un incentivo economico finalizzato a produrre la motivazione ed ad acquisire il consenso indispensabili per aderire al "Patto" tra il Distretto e i medici stessi.
b. I contenuti del "Patto", di durata annuale e rinnovabile, vengono definiti dall'Azienda attraverso il Comitato aziendale entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo.
c. Nel caso in cui l'Azienda non definisca i contenuti del "Patto" entro il termine stabilito, l'incentivo economico viene comunque corrisposto ai medici di assistenza primaria.
d. L'adesione al "Patto" da parte dei singoli medici e dei rappresentanti delle forme associative mediche compreso le Equipe di assistenza medica territoriale costituisce elemento fondamentale per il diritto al compenso.
e. Il "Patto" deve prevedere indicatori di risultato concordati contestualmente per verificare, dopo un anno di attività, il livello di conseguimento degli obiettivi prefissati, che devono essere praticabili e raggiungibili.
f. Il compenso di cui al precedente punto 1.1 viene erogato ai singoli medici di medicina generale nella misura del:
   - 40% per l'adesione al "Patto" frazionabile mensilmente.
   - 60% per il raggiungimento degli obiettivi ottimali stabiliti.

   La quota variabile al raggiungimento degli obiettivi viene corrisposto ai medici aventi diritto entro il 31 marzo dell'anno successivo.

   Le risorse disponibili e non impiegate vanno ad incrementare il Fondo Aziendale per l'assistenza primaria disponibile per l'anno successivo.

1.4 Aree prioritarie di intervento per la medicina generale:

a. Prevenzione primaria e secondaria. Il pacchetto di attività preventive affidato ai MMG viene definito in ciascuna Azienda in linea con il Piano Regionale della Prevenzione. A titolo esemplificativo si segnalano:
   a.1. Interventi di profilassi vaccinale mirati sulla popolazione adulta.
   a.2. Campagne di screening oncologico.
   a. 3. Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sugli ambienti di lavoro.
   a.4. Interventi di supporto a campagne regionali od aziendale sugli stili di vita.
   a. 5. Sorveglianza sulle malattie cardiovascolari (utilizzo della carta del rischio cardiovascolare).
b. Percorsi diagnostico-assistenziali riguardanti patologie sociali:

   - la Regione Basilicata ha tra i Suoi interessi primari l'adozione di linee guida condivise e concordate per patologie di particolare rilevanza. E' auspicabile che oltre ai progetti "Diabete Mellito" ed "Ipertensione arteriosa" a livello Aziendale vengano definiti ed avviati processi assistenziali riguardanti altre patologie sociali, come:
      - *malattie broncopolmonari;*
      - *malattie cardiovascolari;*
      - *malattie gastrointestinali;*
      - *malattie osteoarticolari;*
      - *malattie psichiatriche.*
c. Programmi-progetti tesi all'abbattimento dei tempi d'attesa.
d. Programmi di attività e livelli di spesa programmati (budget).

1.5 A livello di singole aziende vengono concordate con le OO.SS. massimo 3 aree di intervento per la medicina generale come impegno minimo da garantire per la maturazione al diritto del compenso di cui sopra.

2. Così come previsto dal comma 4 dell'Art. 25 ACN del 23 marzo 2005, il Direttore di Distretto è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programmazione per le attività Territoriali riguardanti la Medicina Generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali designato dalle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto. La elezione dei componenti elettivi si svolgerà in tutte le Aziende della Regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente Accordo secondo le procedure previste dall'allegato O dell'ACN del 23 marzo 2005.

Art. 10 - Equipes territoriali ed UTAP (Art. 26 ACN del 23 marzo 2005)

In coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, la Regione Basilicata e le Aziende promuovono la realizzazione di forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.
L'equipes (forma organizzativa funzionale) e l'Utap (forma organizzativa strutturale) vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.
L'attivazione di tali forme associative è potenzialmente in grado di gestire con efficacia ed efficienza le necessità di salute di una comunità:

- Mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio.
- Individuando soluzioni efficaci a garantire la continuità dell'assistenza e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione della cronicità e a sostenere comportamenti in grado di promuovere stile di vita sani.
- Mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria.
- Assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione di nuovi modelli di integrazione del sanitario col sociale.

A. **UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria)**: sono strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. La partecipazione dei medici e degli altri operatori sanitari è facoltativa, volontaria ed ha carattere sperimentale.

<u>Requisiti specifici per la forma organizzativa UTAP</u>

1. Struttura idonea per una popolazione di riferimento pari a 10-15.000 abitanti.
2. Ciascuna UTAP comprende un congruo numero di:
   - Medici di Assistenza Primaria (da 6 a 10 medici, limite massimo Medicina di Rete ex art. 54 – ACN).
   - Medici di Continuità Assistenziale.
   - Specialisti ambulatoriali.
   - Infermieri (min. 2)
   - Collaboratori di studio (min. 2).
   - Assistenti sociali.

   Altri operatori, quali i Pediatri di Libera Scelta, saranno inseriti in base alle

disponibilità.

3. La sede è unica (modello cittadino) e comprende locali idonei per gli studi dei Medici di Assistenza Primaria, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio, per la sosta d'attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento e di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista. Pur essendo la sede dell'UTAP unica è possibile prevedere studi medici periferici (modello rurale o montano): nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno valutate la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione.
4. Requisiti Funzionali: si prevedono i seguenti modelli organizzativi a seconda delle professionalità coinvolte:
   - Modello Base: Collaborazione ed integrazione professionale di MMG, PLS e MCA, specialisti di varie specialità di base e di personale dell'assistenza sanitaria infermieristica.
   - Modello socio-sanitario: Modello Avanzato con presenza di operatori sociali per la risposta integrata ai bisogni socio sanitari.
5. L'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
   a. UTAP integrata: modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzate fra gli operatori sanitari territoriali. Con specifici accordi possono trovare spazio all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni.
   b. UTAP aggregata: modello di aggregazione di medici che si organizza autonomamente mettendo a disposizione la sede acquisita con mezzi propri dei medici stessi.
6. Il progetto sperimentale dell'UTAP, comprendente strutturazione, compiti, funzioni, sistemi di valutazione, compensi per i singoli partecipanti, dovrà essere preventivamente esaminato dal Comitato Regionale, che potrà esprimere osservazioni e richiedere integrazioni al progetto stesso. L'esito delle verifiche aziendali dei risultati ottenuti sarà oggetto di comunicazione al Comitato Regionale.
7. Le Aziende, mediante accordi con le OO.SS. definiscono le modalità di attuazione delle UTAP sulla scorta delle precedenti linee guida. In tale contesto le Aziende individuano le risorse necessarie e il sistema incentivante più appropriato al proprio modello organizzativo.
8. La Regione s'impegna a dar corso nel 2008 alla sperimentazione di almeno una UTAP mediante il pieno coinvolgimento delle Aziende Sanitarie.

B. **Equipes territoriali:**

B

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza delle patologie croniche, l'allungamento dell'aspettativa di vita, il progressivo e costante venir meno del sistema "famiglia" come risposta alla sempre più crescente richiesta di presa in carico dei cosiddetti pazienti "fragili" (anziani soli, soggetti diversamente abili, pazienti psichiatrici, ect), sono fattori che impongono una revisione dell'assistenza territoriale. In tale contesto superando la fase dell'assistenza ospedaliera, come unica risposta alle necessità assistenziali, si determina la necessità della cosiddetta "presa in carico globale" del cittadino-paziente nel suo ambito naturale.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale presuppone il passaggio progressivo e graduale dalle forme associative semplici (medicina in associazione → medicina in rete → medicina di gruppo) a quelle più complesse. D'altro canto la situazione orografica della

nostra regione e le crescenti difficoltà legate alla situazione economica nazionale e regionale, condizionano fortemente lo sviluppo delle forme associative complesse, per cui in questa fase la Regione Basilicata in aderenza a quanto previsto dall'art. 26 dell'ACN del 23 marzo 2005 individua nell'Equipe di assistenza territoriale il modello organizzativo più idoneo a fornire adeguate risposte ai "nuovi" bisogni della popolazione. In coerenza con quanto previsto dal comma 3 dell'art. 45 dell'ACN del 23 marzo 2005, l'Equipe di assistenza territoriale rappresenta una forma organizzativa prevalentemente funzionale che si caratterizza per la partecipazione di tutti i medici e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Con il presente accordo si individuano due tipologie di Equipes:

a. Funzionale
b. Semistrutturale.

Requisiti specifici comuni delle Equipes

1. L'Equipe di assistenza territoriale è riferita ad una popolazione minima di 5000 assistiti e massima di 15.000 e composta da un minimo di 5 medici di assistenza primaria ad un massimo di 10, singoli od associati; fanno parte dell'Equipe anche Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta nonché operatori non medici. Il territorio di riferimento può comprendere al proprio interno più ambiti territoriali di scelta, purché appartenenti allo stesso Distretto.
2. Entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale provvedono autonomamente ad aggregarsi in Equipes funzionali di assistenza territoriale con un accordo interno che viene proposto al Direttore di Distretto. In mancanza di accordo o qualora l'aggregazione realizzata non rispetti i criteri precedentemente individuati o qualora non corrisponde alla programmazione aziendale l'Ufficio di Coordinamento distrettuale può disporre con atto proprio la composizione delle Equipes di assistenza territoriale.
3. Ciascun medico componente l'Equipe di assistenza territoriale è impegnato a fornire la propria opera solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti, salvi gli obblighi assunti verso gli assistiti degli altri medici associati.
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.

Requisiti specifici delle due tipologie di Equipes

a. Equipes funzionale.

1. La costituzione dell'Equipe funzionale in senso stretto è finalizzata a:
   1.1 Valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita.
   1.2 Realizzare progetti di razionalizzazione.
   1.3 Verificare gli effetti degli stessi.
   1.4 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 budgeting distrettuale.
      - la realizzazione dei progetti concordati con obiettivi specifici di cui all'art.9 del presente accordo.
      - la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
   1.5 Svolgere analisi e valutazione di protocolli e percorsi assistenziali.

2. Ciascuna Equipe di assistenza territoriale si impegna ad eseguire riunioni bimestrali di:
   - Verifica degli obiettivi raggiunti.
   - Discussione di reports di attività trasmesse dall'Azienda.
   - Applicazione di linee guida aziendali, criteri orientativi diagnostico-terapeutici.
   - Revisione periodica della qualità dell'attività e promozione di comportamenti uniformi e coerenti con gli obiettivi.
3. Per ogni riunione va redatto un verbale, trasmesso poi al Direttore di Distretto, che indichi le decisioni assunte dalle stesse. E' facoltà dei medici componenti dell'Equipe richiedere, attraverso il rappresentante dell'Equipe stessa la disponibilità di un locale aziendale.
4. Almeno una delle riunioni sarà allargata agli operatori socio-sanitari di riferimento dell'Equipe di Assistenza territoriale.
5. In caso di mancata partecipazione da parte del medico di Assistenza Primaria alle attività dell'Equipe e di ingiustificata assenza in 2 consecutive o in 4 (annuali) riunioni bimestrali, e di almeno 3 riunioni (annuali) dell'Equipe da parte del medico di Continuità Assistenziale è prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari previste dal comma 2 dell'art.7 e dall'art. 30 dell'ACN del 23 marzo 2005.

b. L'Equipes semistrutturale (Nuclei di Cure Primarie Territoriali, NCPT) prevede, nell'ambito di programmi e progetti aziendali integrati, nuove modalità di erogazione della continuità dell'assistenza:
   - Condivisione dei fattori produttivi comuni (locali, sistemi informatizzati, tecnologia di studio ecc.)
   - Integrazione e coordinamento delle competenze (PLS, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti ambulatoriali, Infermieri professionali, Assistenti sociali, Terapisti della riabilitazione, addetti ai servizi amministrativi, ecc)
   - Ambulatori per patologia, articolati anche in più studi, secondo il modello generale della medicina di iniziativa e con particolare attenzione alla prevenzione ed alla educazione sanitaria.
   - I programmi e i progetti aziendali integrati prevedono l'organico coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale.

   I MMG (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) componenti dei NCPT oltre a quanto previsto per le forme funzionali (precedente comma a) partecipano alle decisioni organizzative, alla realizzazione degli obiettivi ed alla loro valutazione.
   In particolare l'attività presuppone la:
   - Gestione in modo coordinato dell'attività urgente riferita all'assistenza domiciliare h24 e ambulatoriale h12, anche con modalità di accessibilità agli studi.
   - Partecipazione ad incontri di formazione ed aggiornamento, nell'ambito dell'ECM, promossi dal Distretto, finalizzati alla programmazione dei piani assistenziali e valutazione dei risultati.
   - Utilizzazione, senza oneri a carico dei singoli medici, delle sedi di riferimento e delle eventuali attrezzature aziendali, per lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo.
   - Condivisione e utilizzazione di strumenti di lavoro realizzati sulla base delle evidenze di efficacia ed efficienza.
   - Partecipazione al funzionamento del piano regionale "Medicina in rete".

c. Per la realizzazione delle attività previste dai precedenti comma (Equipes) a ciascun medico dell'Equipes viene riconosciuta:

1. Per la realizzazione delle finalità previste dall'Equipes funzionale una quota capitaria annua pari a **€ 1,00,** per la disponibilità all'integrazione che retribuisce l'accettazione della logica interprofessionale.
2. Per la partecipazione e per la realizzazione delle finalità previste dall'Equipes semistrutturale una ulteriore quota capitaria annua pari a **€ 0,20**.

Le forme di compenso di cui sopra sono erogate dopo la sottoscrizione del contratto di adesione fra le Equipes e il Direttore di Distretto.

Art. 11 - Appropriatezza delle Cure e dell'uso delle risorse (Art. 27 ACN del 23 marzo 2005)

Al fine di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure dell'uso delle risorse, è istituito entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, un **Osservatorio Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.**
Detto Osservatorio è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità e Solidarietà Sociale o Suo delegato ed è composto da:

1. Un rappresentante per ciascuna Azienda Territoriale ed Ospedaliera.
2. Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica Obiettivi del Dipartimento della Sicurezza Sociale;
3. Dirigente dell'ufficio delle Politiche del Farmaco del Dipartimento della Sicurezza Sociale;
4. 5 MMG (delegati dalle OO.SS.);
5. Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del capoluogo;
6. Eventuali esperti che l'Osservatorio riterrà opportuno.

Compiti dell'Osservatorio sono:

- Fornire indirizzi generali relativi all'individuazione di strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali;
- Individuazione di linee guida di priorità in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, di prevenzione individuale e su gruppo di popolazione, secondo le evidenze scientifiche.
- Elaborare linee guida per assicurare l'appropriatezza delle cure e delle risorse messe a disposizione delle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali d'assistenza.

Art. 12 - Esercizio del diritto di sciopero (Art. 31 ACN del 23 marzo 2005)

1. In osservanza di quanto previsto dal comma 14 dell'art. 31 dell'ACN del 23 marzo 2005) per l'effettuazione delle prestazioni professionali indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici di medicina generale una percentuale del 30% del compenso previsto per essi dai rispettivi Capi dell'ACN nazionale e dell'accordo integrativo. La Pronta Disponibilità Telefonica per i medici di Assistenza Primaria è considerata prestazione sanitaria indispensabile conservando il diritto al compenso per intero.
2. Relativamente all'esercizio del diritto di sciopero per i medici di Continuità Assistenziale e dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, il contingente di cui all'art. 31 comma 11 dell'ACN del 23 marzo 2005 è assimilato ai medici in turno durante le ore di sciopero. Resta fermo quanto previsto dal predetto articolo sul diritto di comunicare entro 72 ore da parte del medico in turno la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la sostituzione ove possibile.
3. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti mediante comunicazione scritta (a mezzo telegramma, fax, protocollo a mano o raccomandata).

Art. 13 – Assistenza ai turisti (Art. 32 ACN del 23 marzo 2005)

1. Le Aziende che intendono organizzare nelle località a forte flusso turistico un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, concordano con le OO.SS. a livello di Accordo Aziendale, contenuti e modalità di attuazione del servizio, prevedendo prioritariamente l'utilizzazione dei medici di medicina generale convenzionati ai sensi dell'ACN del 23 marzo 2005.
2. In caso di indisponibilità di medici di cui al comma 1, l'Azienda utilizza i medici prioritariamente inseriti nella graduatoria regionale e poi i medici inseriti nell'apposito elenco di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN del 23 marzo 2005, dando la preferenza ai medici residenti nella AUSL, quindi a quelli residenti nella Regione ed in caso di carenza ad altri che si dichiarino disponibili.
3. Le prestazioni di cui al presente articolo sono retribuite dal cittadino non residente in Regione sulla base del disposto di cui all'art. 57 dell'ACN:
    a. visita ambulatoriale: € 15,00
    b. visita domiciliare: € 25,00

I medici di Continuità Assistenziale rilasceranno la ricevuta su notulario predisposto dall'Azienda.

CAPO II
ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 14 – Rapporto ottimale (Art. 33 ACN del 23 marzo 2005)

a. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere una popolazione residente non inferiore a 5000 abitanti.
b. Gli ambiti sono proposti da ciascun Azienda, acquisito il parere obbligatorio del Comitato Aziendale, sono approvati con provvedimento della Giunta Regionale, previo parere del Comitato Regionale.
c. Dalla data di pubblicazione del presente accordo, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1.000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
d. Dalla data di pubblicazione del presente accordo, le zone carenti, a partire dal semestre Settembre 2007-Marzo 2008, vengono rilevate tenendo conto di tutta la popolazione residente all'interno dell'ambito territoriale di scelta.
e. Entro 120 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, verranno definiti i criteri e le procedure atte a garantire l'assistenza primaria in tutti i comuni della Regione.
f. Ai fini della determinazione dei medici iscrivibili nell'elenco il meccanismo previsto dall'art. 33 comma 11 dell'ACN del 23 marzo 2005 viene applicato per le scelte effettuate al di fuori dell'ambito territoriale di scelta.

Art. 15 - Instaurazione del rapporto convenzionale (Art. 35 ACN del 23 marzo 2005)

1. Al fine di favorire l'inserimento dei medici negli ambiti carenti, laddove l'Azienda abbia locali eventualmente disponibili e non altrimenti utilizzati, gli stessi possono essere dati ai medici che ne facciano specifica richiesta.
   In caso di zone disagiate tali locali vengono forniti al medico in comodato d'uso gratuito, mentre restano a carico del medico le spese relative all'utilizzo della struttura (luce, gas, acqua, telefono etc.).
   Nelle altre situazioni la determinazione dell'eventuale canone di locazione è riservata ad una trattativa privata fra medico e Azienda.
2. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, l'orario di studio complessivo, così come determinato sulla base di quanto disposto dall'art. 36 dell'ACN del 23 marzo 2005, può essere frazionato, previo parere del Comitato Aziendale, fra tutti gli studi; fatta salva l'apertura dello studio principale per cinque giorni alla settimana, così come previsto dal comma 5 dell'art. 36 dell'ACN del 23 marzo 2005.

Art. 16 - Incarichi provvisori (Art. 38 ACN del 23 marzo 2005)

Ai fini degli incarichi provvisori di cui all'art. 38 dell'ACN del 23 marzo 2005, in coerenza con le determinazioni regionali in materia di individuazione del rapporto ottimale per singolo comune ricompreso nell'ambito territoriale di scelta, è comunque garantito l'incarico provvisorio nel caso in cui si determini carenza assistenziale nei comuni in cui è iscrivile un solo medico.

Art. 17–Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (Art. 46 ACN del 23 marzo 2005)

Il fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (art. 59 lettera B ACN del 23 marzo 2005), finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza, viene determinato ogni anno entro il 28 febbraio. A tal fine le singole aziende trasmettono in Regione, entro il 31 gennaio, i dati riferiti al 31 dicembre sulle forme associative, sui collaboratori di studio e sul personale infermieristico.

Art. 18 – Apertura studi medici. Attività integrative di assistenza (Art. 36 e 47 ACN del 23 marzo 2005)

A. APERTURA STUDIO PROFESSIONALE.

Il Medico di Assistenza Primaria assicura l'apertura dello studio professionale per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal Lunedì al Venerdì, prevedendo l'apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì e il venerdì pomeriggio, secondo un congruo orario non inferiore a:

- 10 ore settimanali fino a 500 assistiti.
- 15 ore settimanali fino a 1000 assistiti.
- 20 ore settimanali fino a 1500 assistiti.

B. PRONTA DISPONIBILITA' TELEFONICA

Al fine di migliorare la fruibilità delle prestazioni sanitarie, riducendo le difficoltà dei cittadini nell'accesso al servizio, mirando ad un utilizzo appropriato delle risorse umane, economiche, tecnologiche e logistiche disponibili con l'obbiettivo di creare nel territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali del cittadino decongestionando anche i servizi di Pronto Soccorso la pronta disponibilità telefonica diurna, quale attività aggiuntiva d'assistenza, è così articolata:

1. Il MMG s'impegna a garantire una disponibilità telefonica di dodici ore giornaliere comprensive degli orari di studio dal lunedì al venerdì (continuità dell'assistenza estesa alle ore diurne - h12) dalle 8,00-20,00 e dalle ore 8,00 alle ore 10,00 il sabato mattina. I requisiti di apertura delle forme associative devono comunque essere garantite.
2. L'adesione dei medici è facoltativa e deve essere comunicata all'Azienda di appartenenza. Il diritto alla corresponsione decorre dal mese successivo.
3. Ai medici che già percepiscono il compenso per la pronta disponibilità telefonica è confermato il diritto al beneficio senza soluzione di continuità.
4. In caso di sostituzione di un medico aderente a questa attività, il sostituto accetterà implicitamente la disponibilità telefonica.
5. Oltre alle utenze telefoniche fisse, la disponibilità telefonica deve intendersi erogata in maniera diretta con telefonia mobile e personale e non attraverso apparecchi di segreteria telefonica, o con il ricorso a numerazioni speciali (840-0; 848-8; 199-1; 0878).
6. Il medico potrà sempre recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni al Direttore del Distretto.
7. A livello aziendale devono essere concordate adeguate forme d'informazione all'utenza e di pubblicazione della forma di assistenza aggiuntiva.
8. I medici che aderiscono al progetto dovranno mettere in atto adeguate procedure di informazione ai propri assistiti, dandone contestuale comunicazione di adesione trasmessa all'Azienda.
9. In caso di inadempienze dei Medici di Assistenza Primaria che aderiscono a questa attività aggiuntiva d'assistenza saranno attivate le procedure previste dall'art. 30 dell' ACN del 23 marzo 2005.

C. ATTIVITÀ INTEGRATIVA D'ASSISTENZA PER LE MEDICINE DI GRUPPO

La Medicina di Gruppo è la forma di associazionismo medico che indubbiamente meglio garantisce l'obiettivo di un reale miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza:

1. I medici del gruppo che intendono espletare quest'attività integrativa s'impegnano a garantire la copertura assistenziale diurna dalle ore 8 alle ore 20 con una turnazione interna tale da garantire la costante presenza di almeno un medico nella struttura per 5 giorni a settimana, più il sabato dalle ore 8 alle 10.
2. L'adesione dei medici è facoltativa e deve essere comunicata all'Azienda di appartenenza. Il diritto alla corresponsione decorre dal mese successivo.
3. Ai medici che già percepiscono il compenso per tale istituto è confermato il diritto allo stesso senza soluzione di continuità.
4. I medici del gruppo possono recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni all'Azienda.
5. A livello aziendale debbono essere concordate adeguate forme d'informazione all'utenza e di pubblicazione della forma di assistenza aggiuntiva.
6. I medici che aderiscono al progetto dovranno mettere in atto adeguate procedure di informazione ai propri assistiti, dandone contestuale comunicazione di adesione trasmessa all'Azienda.
7. In caso di inadempienze dei Medici di Assistenza Primaria che aderiscono a questa attività aggiuntiva d'assistenza saranno attivate le procedure previste dall'art. 30 dell' ACN del 23 marzo 2005.

Le parti si impegnano a concordare un progetto specifico di monitoraggio degli effetti e dei risultati nell'ambito dei programmi di innovazione informatica in essere presso la Regione Basilicata.

Art. 19 – Rapporti fra il medico di famiglia e l'ospedale (Art. 49 ACN del 23 marzo 2005)

Al fine di una corretta e puntuale osservanza di tutto il dispositivo dell'art. 49 (commi 1, 2, 3, 4 e 5) è istituita in ogni Azienda una commissione (come prevista dal comma 7) composta da due medici di MG, da un pediatra di libera scelta e da uno specialista ambulatoriale interno (presenti negli uffici di coordinamento delle attività distrettuali), da due medici ospedalieri e due funzionari dirigenti medici dell'Azienda.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera "S. Carlo", la commissione è costituita da due medici di MG designati dalle OO.SS., da un pediatra di libera scelta, da uno specialista ambulatoriale interno, da due medici designati dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera, da due medici designati dalla Direzione Sanitaria dell'AUSL 2, da un medico designato dall'Ordine dei Medici della città Capoluogo e da un medico della Regione che funge da presidente .

Art. 20 – Assistenza farmaceutica e modulario (Art. 50 dell' ACN del 23 marzo 2005)

1. Per un maggior coinvolgimento dei MMG nelle problematiche relative alla corretta prescrizione di medicinali, è confermata nella Commissione Regionale di Controllo della spesa farmaceutica la presenza di almeno un MMG, designato dalle OO.SS maggiormente rappresentative.
2. In armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle regolarità prescrittiva, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici del SSR al puntuale rispetto degli obblighi prescrittivi

(predisposizione dei piano diagnostico-terapeutici, rispetto delle note AIFA, dispensazione dei farmaci alla dimissione ospedaliera), così come previsto dalla DGR 939 del 26/06/2006 ed eventuali successive disposizioni.

3. Non rientra nei compiti del Medico di Assistenza Primaria trasmettere al Servizio farmaceutico dell'AUSL il Piano Diagnostico-Terapeutico predisposto dai centri ospedalieri individuati dalla Regione.
4. La prescrizione farmaceutica e specialistica sul modulario del SSN oltre che ai cittadini che hanno esercitato preventivamente il diritto di scelta del MMG può essere effettuata per:
   - i pazienti degli altri medici in associazione;
   - per le visite occasionali di cittadini afferenti ad ambiti territoriali diversi da quello del medico.

Art. 21 - Assistenza domiciliare programmata – Residenzialità
(Art. 53 ACN del 23 marzo 2005)

Il processo di invecchiamento della popolazione sollecita un deciso ripensamento delle politiche di Welfare, in generale, e delle politiche sanitarie, in particolare, al fine di assicurare ai cittadini la massima tutela e qualità della vita nelle situazioni di non autosufficienza. La Regione Basilicata, con l'adozione delle linee guida per l'ADI e con l'approvazione del precedente accordo integrativo regionale per la medicina generale (DGR 1640 del 24/7/2001) ha inteso dare un forte impulso al settore elevandolo a componente strategica delle politiche sanitarie regionali. I destinatari delle cure domiciliari sono principalmente quelle persone, soprattutto ma non solo anziane, che presentano bisogni complessi sia di natura socio-assistenziali che sanitari e che pertanto richiedono interventi multidisciplinari altrettanto complessi ed integrati al proprio domicilio. L'assistenza domiciliare (livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico) fornisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali rese a domicilio dell'utente nel rispetto di standards minimi di assistenza, eventualmente in forma integrata e secondo piani individuali programmati definiti con la partecipazione delle figure interessate nel singolo caso e con il totale coinvolgimento del medico curante. Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare possono essere così riassunti:

a) Garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni di salute dell'utente.
b) Migliorare la qualità di vita dell'utente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali.
c) Mantenere per quanto possibile l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione.
d) Favorire la deospedalizzazione evitando ricoveri non necessari o troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per l'utente che per i propri familiari.
e) Sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia di intervento.
f) Evitare o ridurre i rischi di isolamento o di emarginazione sociale.
g) Facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili.
h) Assicurare continuità terapeutica nel momento critico della dimissione ospedaliera.

L'assistenza domiciliare, così come esplicitato dall'art. 53 dell' ACN del 23 marzo 2005 deve essere assicurata con interventi a domicilio di:

a) Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
b) Assistenza domiciliare integrata (ADI);
c) Assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività

(ADR).

L'assistenza domiciliare è altresì rivolta ai malati in fase critica (DGR n. 196 del 7/2/2000) inclusa nel setting assistenziale della rete regionale delle cure palliative (DGR n. 1650 del 1/8/2005).

1. L'assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (**ADP)**, disciplinata dall'allegato G dell' ACN del 23 marzo 2005, è particolarmente utile nel prevenire il ricorso a forme di assistenza più complessa (ricovero ospedaliero, ADI, ecc.) in soggetti anziani non ambulabili affetti da patologie croniche e soggetti a scompenso.
   1.1 Questa attività è svolta assicurando la presenza programmata del MMG al domicilio dell'assistito non ambulabile per:
   - Monitoraggio dello stato di salute;
   - Controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti al paziente e ai familiari;
   - Indicazioni ai familiari o a chi per essi circa le caratteristiche fisiche e psichiche del singolo paziente;
   - Indicazioni circa il trattamento dietetico da annotare sulla scheda degli accessi fornita dal Distretto, che, tenuta a domicilio, serva anche ad annotare gli accessi del MMG e le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici e quant'altro utile ed opportuno;
   - Collaborazione con il personale dei servizi sociali comunali per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
   - Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica.

   1.2 Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:
   a) Impossibilità permanente a deambulare (grandi anziani con deficit della deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con grande difficoltà a deambulare);
   b) Impossibilità di essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
   c) Impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico, quali :
      - insufficienza cardiaca in stato avanzato;
      - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
      - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stato avanzato con grave limitazione funzionale;
      - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi;
      - paraplegici e tetraplegici.

   1.3 La segnalazione del caso bisognevole di assistenza domiciliare deve essere effettuata dal medico curante sull'apposita scheda che va inoltrata all'Azienda sanitaria competente (Centro di coordinamento delle cure domiciliari).

   1.4 La scheda va compilata dettagliatamente al fine di fornire al medico responsabile la possibilità di autorizzare sollecitamente il programma assistenziale proposto.

   1.5 In caso di ricovero il MMG annota sulla scheda domiciliare il giorno e il motivo del ricovero e l'ADP si intende automaticamente sospesa; l'ADP prosegue automaticamente, alla dimissione, senza contestale comunicazione nel caso in cui le condizioni cliniche non abbiano subito variazioni.

1.6 L'Azienda autorizza o meno il programma proposto entro 15 giorni dalla segnalazione. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, il programma, salvo eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

1.7 In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale e il direttore di Distretto, concordano:
- La durata con relativa decorrenza dell'ADP;
- I momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione.

1.8 Si conviene che nel programma di ADP rientrino quei pazienti a più bassa intensità assistenziale per cui è prevedibile un accesso mensile; nelle condizioni in cui non è possibile l'attivazione del servizio ADI si dovrà concordare un numero superiore di accessi mensili di ADP.

1.9 In attesa che la Regione stabilisca l'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui alla lettera C dell'art. 59 dell'ACN del 23 marzo 2005, si ribadisce che i compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza programmata di cui al protocollo G) non possono superare il 20 % dei compensi mensili relativi alla Quota Capitaria (lettera A Art. 59 ACN del 23 marzo 2005).

2. L'**ADI** (disciplinata dall'allegato H dell'ACN del 23 marzo 2005) e l'**ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AI MALATI IN FASE CRITICA** (disciplinata dalla DGR n. 196 del 7/2/2000) comprese **LE CURE PALLIATIVE (**disciplinata dalla DGR 1650/05), d'ora in avanti intese come ADI, sono le forme di assistenza domiciliare che più necessitano di una razionale organizzazione.

2.1 Le ***patologie*** che consentono l'avvio dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria. Pertanto le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a :
- malati terminali: pazienti oncologici o affetti da altra malattia in fase evolutiva irreversibi;
- malati progressivamente invalidanti;
- accidenti vascolari acuti nella fase di post ospedalizzazione;
- gravi fratture negli anziani nella fase di post ospedalizzazione;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano;
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

2.2 L'ADI è svolta assicurando a domicilio del paziente le seguenti ***prestazioni***:
- Medicina Generale;
- Medicina Specialistica;
- Infermieristiche;
- Riabilitative;
- Fornitura di presidi ed ausili se previsti nel piano individuale di trattamento (PIT);
- Fornitura di farmaci se previsti nel PIT;
- Aiuto domestico da parte dei familiari o servizi competenti comunali;
- Assistenza psicologica;
- Assistenza sociale.

Per tale ultime necessità, la Unità di Valutazione Distrettuale ed il MMG attiveranno la Unità Operativa Zonale secondo le disposizioni contenute nei protocolli d'intesa siglati con i Comuni e nel regolamento di attività delle stesse, con il coinvolgimento dei

tecnici psicologi ed assistenti sociali dei Comuni. Il Medico di medicina Generale è tenuto a partecipare alle UOZ per la stesura del piano globale di intervento.

2.3 ***Criteri di eleggibilità*:**

- Consenso alle cure domiciliari;
- Diagnosi di malattia cronica invalidante;
- Non autosufficienza parziale o totale o rischio di perdita dell'autonomia;
- Ambiente abitativo e familiare idoneo;
- Necessità di trattamenti orientati al miglioramento della qualità della vita e al controllo dei sintomi.

Per garantire l'uniformità di accesso alle cure domiciliari, sono individuati come requisiti essenziali per l'accesso:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di una idonea condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale, che permetta al paziente di ricevere un sostegno continuativo per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

2.4 ***Criteri di esclusione*:**

- soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- soggetti che per le patologie minimali possono essere trattati a domicilio dal MMG in ADP o mediante il pagamento di prestazioni aggiuntive;
- soggetti il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.

2.5 ***Criteri di priorità**:*

- Soggetti in area critica;
- Soggetti dimessi che necessitano di continuità di cure domiciliari;
- Soggetti già assistiti (in ADP) che aggravatisi, necessitano di ulteriori interventi oltre quello del MMG.

2.6 ***Procedure per l'attivazione ADI:***

Le procedure per l'attivazione della valutazione multidimensionale per l'ammissione in ADI possono essere promosse da:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione;
- servizi sociali;
- associazioni di volontariato;
- familiari dell'assistito.

La segnalazione, redatta su apposita scheda, deve essere compilata in maniera dettagliata e soprattutto circostanziando il più possibile il tipo di intervento richiesto; la scheda sanitaria dell'assistito è comunque compilata dal medico curante anche quando la segnalazione dovesse provenire da altri servizi.

Entro 24/48 ore dalla segnalazione il medico dell'UV dispone la valutazione multidimensionale che sarà effettuata dal "case manager", eletto fra i componenti dell'UV, che si recherà al domicilio del paziente, concordando preventivamente al medico curante e al paziente il giorno della visita.

L'UV, il medico curante e un medico di continuità assistenziale concorderanno il *piano di trattamento individualizzato (PIT)* che dovrà prevedere:

1) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
2) gli interventi degli altri operatori sanitari compresi gli accessi della Continuità Assistenziale e le consulenze specialistiche;

3) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e alla variabilità del caso clinico;
4) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio;
5) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale. In tal caso verrà attuata specifica riunione della UOZ, con i tecnici del Comune sede di residenza dell'assistito.

2.7 ***Azioni del medico curante del paziente in ADI***:

- Monitorare la durata del programma di assistenza:
  La durata del programma di assistenza è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dalla U.V. e comunque non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.
- Rafforzare il proprio ruolo filtro nell'ADI. Il MMG, nell'ambito del PIT:
  - ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
  - ha la responsabilità della cartella clinica domiciliare su cui i vari operatori riportano i propri interventi;
  - chiede l'attivazione delle eventuali consulenze specialistiche e degli altri interventi già programmati nel PIT;

3.8 ***Programmazione degli accessi del MMG per assistito in ADI***:

A seconda della complessità assistenziale possono essere quindi individuati tre livelli di ADI:

a. **LIVELLO I** : *a bassa intensità sanitaria*
   Rivolto a persone non autosufficienti affetti da patologie cronico-degenerative Stabilizzate **1 - 2 accessi mensili**
b. **LIVELLO II:** *a media intensità sanitaria*
   Rivolto alle dimissioni protette o pazienti affetti da polipatologie, in alternativa al Ricovero **2 – 4 accessi mensili**
c. **LIVELLO III:** *ad alta intensità sanitaria*
   Rivolto ai malati terminali **5 - 10 accessi mensili**
   (salvo accordi diversi nell'ambito dell'UV)

3.9 ***Programmi ADI sperimentali:***

A livello aziendale possono essere sperimentate,in base a situazioni oggettive di carenza della struttura pubblica, programmi di gestione dell'ADI che coinvolgano, ad esempio, le forme associative mediche, comprese le forme associative di cui alla lettera b del comma 3 dell'art. 54 dell'ACN del 23 marzo 2005.

4 L'assistenza nei confronti dei pazienti ospiti in residenze protette e collettività **(ADR)** è rimandata alla trattativa aziendale, al fine di garantire il rispetto degli standards previsti dal piano socio-assistenziale regionale vigente.

Art. 22 – Forme associative dell'assistenza primaria (Art. 54 ACN del 23 marzo 2005)

PREMESSA

Con i precedenti accordi integrativi per la Medicina Generale (DGR n° 5515/97, DGR 1640/ 01 e DGR 1833/03) la Regione Basilicata per certi versi è stata antesignana rispetto al quadro normativo nazionale relativo alle forme associative. La medicina in associazione, ad esempio, ha superato il limite del 40 % degli assistiti nell'ambito regionale e, pertanto, così come previsto dal comma 5 della lettera B dell'art. 59 dell'ACN del 23 marzo 2005, non sarà più possibile la costituzione di nuove forme di medicine in associazione.

Le forme associative che si andranno a costituire a partire dalla data di pubblicazione del presente accordo potranno essere solo medicine in rete e medicine di gruppo e dovranno attenersi ai principi esplicitati nel presente accordo.

I. REGOLE GENERALI

I. A - Disciplina dell'associazionismo medico.

1. Il presente accordo disciplina in via esclusiva l'associazionismo medico nei limiti dell'ACN del 23 marzo 2005.
2. Con l'associazionismo medico si intende:
   - Soddisfare tempestivamente i bisogni assistenziali non differibili.
   - Migliorare l'assistenza e, nel contempo, elevare il livello delle prestazioni garantendo una maggiore appropriatezza.
   - Realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza, aumentando il numero delle ore di apertura degli ambulatori e attraverso modalità di integrazione professionale tra medici.
   - Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali, anche come parte integrante delle Equipes territoriali.
   - Perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali e strumentali mediante l'uso comune di strumenti e di apparecchiature.
   - Condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.
3. La partecipazione alle forme di associazione di cui all'art. 54 dell'ACN del 23 marzo 2005 è libera e volontaria e non necessita di autorizzazione nei limiti delle percentuali di riferimento.
4. La possibilità che nelle forme associative possano entrare anche i medici di continuità assistenziale e i pediatri di libera scelta è importante al fine della costituzione e sperimentazione delle Equipes territoriali in grado di fornire sul territorio un approccio multi disciplinare ai bisogni espressi dai cittadini.
5. La costituzione dell'associazione è consentita esclusivamente se viene mantenuta e garantita l'effettiva accessibilità degli studi in rapporto alle esigenze della popolazione assistita.

I. B - Associazionismo medico di cui al punto primo comma 3 art. 54.

1. Le forme associative di cui al punto primo comma 3 sono costituite da un minimo di 3 medici di assistenza primaria e da un massimo di 10 medici per la medicina in rete, di 8 per la medicina in gruppo. Inoltre le forme associative composte da soli due medici costituite ai sensi del DPR 484/96 e ancora in essere alla data del 23 marzo 2005, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui al presente accordo entro 12 mesi dalla data di pubblicazione. In ogni ambito di scelta deve essere garantita la libera scelta del cittadino sia fra i medici in associazione sia fra questi e medici singoli con capienza.
2. La cessazione e/o la trasformazione della forma associativa va comunicata all'Azienda con preavviso di 90 giorni. La trasformazione della forma associativa è vincolata dai limiti delle percentuali di riferimento, pertanto in caso di impossibilità di trasformazione dovuta al superamento delle percentuali di riferimento viene comunque garantito la persistenza di tali associazioni. Qualora il numero dei medici associati scenda sotto il limite minimo previsto per ogni singola forma associativa dai comma 4, 8, 9 dell'art. 54, ai componenti restanti è concesso il termine di 3 mesi per ricostituire il numero minimo fatta eccezione

nel caso collegato a trasferimenti o cessazioni di rapporto convenzionale, in tal caso la deroga si intende prorogata fino all'inserimento del nuovo medico. Lo status operativo ed economico rimane invariato.
3. Ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative e percepire un solo compenso.

I. C - Attivazione.

1. I medici che intendono attivare una delle forme previste dal presente accordo devono comunicare, con lett. racc. A/R, tale volontà all'Azienda territorialmente competente che ne provvede la trasmissione al Dipartimento Salute Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione Basilicata per l'esame da parte del Comitato. Il Comitato Regionale entro 60 giorni dalla data di ricezione esprime parere vincolante, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste.
2. Dalla data di acquisizione del parere del Comitato Regionale, i medici inviano l'atto costitutivo dell'associazione sia all'Azienda che all'Ordine dei Medici territorialmente competente. L'associazione è pienamente operativa a partire dalla data in cui l'atto costitutivo è inviato all'Azienda (farà fede la data del timbro postale in partenza).
3. A partire da tale data ciascun medico componente matura il diritto al compenso.
4. Il compenso viene erogato, con scadenza mensile, con lo stipendio del mese successivo.
5. Le Aziende comunicano alla Regione ogni variazione intervenuta nelle forme associative.

I. D - Atto Costitutivo.

1. La comunicazione deve contenere obbligatoriamente la forma di associazione scelta di cui al comma 6 art. 54 (lettere B e C), i dati e il numero dei partecipanti e gli orari di apertura degli studi coordinati di cui al comma 4 lettera j) e al comma 8 lettera e) del predetto articolo.
2. Qualora le prestazioni incentivanti e aggiuntive (ADI, visite domiciliari il sabato mattina o altro) siano effettuate anche nei confronti degli assistiti di altro medico dell'associazione, deve effettuarsene comunicazione sia all'azienda sia agli assistiti mediante apposizione di avviso scritto nello studio.
3. Stesso obbligo sussiste per ogni nuovo servizio o sistema di integrazione del proprio lavoro.
4. La comunicazione deve contenere anche una dichiarazione sottoscritta da ogni medico che autocertifica il possesso di hardware e software necessari alla forma di attività prescelta.

I. E - Requisiti strutturali e qualificanti dell'associazione.

1. L'attività ambulatoriale di ciascun medico è erogata per cinque giorni la settimana. La riduzione a quattro giorni la settimana per gli impegni previsti dall'Accordo Nazionale deve rientrare in una precisa programmazione, condivisa dagli altri componenti, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali e va comunicata all'Azienda.
2. Fermi restando per ciascun medico aderente alla forma associativa gli obblighi previsti all'art. 36 comma 5, gli orari degli studi devono essere coordinati fra di loro. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici associati componenti, al fine di garantire la complessiva disponibilità di accesso di sei ore giornaliere, sono per la mattutina, dalle ore otto alle tredici, e per la pomeridiana, dalle quattordici alle diciannove: le associazioni dovranno garantire un minimo di due ore di apertura degli studi per ciascuna fascia.

3. I medici dell'associazione devono garantire obbligatoriamente l'apertura degli studi nei giorni prefestivi ai sensi dell'art. 45 comma 7 dell'ACN del 23 marzo 2005. Dalle ore 8 alle ore 10 del sabato per mettere in condizione il singolo cittadino di comunicare tempestivamente con il medico (anche in turnazione), l'associazione deve mettere in atto tutte le procedure, i mezzi e gli strumenti necessari al fine della ricezione delle richieste di visite domiciliari.
4. Nell'ambito della verifica degli obiettivi raggiunti e della valutazione di coerenza dell'attività dell'associazione con gli obiettivi della programmazione distrettuale, l'associazione deve prevedere, ogni anno, due sedute di verifica tra medici costituenti l'associazione per almeno due argomenti clinici attinenti a problematiche rilevanti della medicina generale da scegliere come riferimento per il proprio gruppo al fine della definizione di (mini) linee guida. E' obbligo delle associazioni comunicare tempestivamente gli argomenti clinici scelti, le dati delle riunioni e i risultati raggiunti.

I. F – Spese.

La suddivisione delle spese all'interno dell'associazione è liberamente stabilita dai partecipanti.

II. FORME DI ASSOCIAZIONE

II. A - Medicina in rete – lettera b) comma 6 art. 54.

1. Possono far parte delle forme associative i Medici incaricati a tempo indeterminato del servizio di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e della Pediatria di Libera Scelta.
2. L'ambito territoriale dell'associazione è l'ambito territoriale di scelta, eventuali deroghe saranno oggetto di approvazione del Comitato Aziendale con contestuale comunicazione al Comitato Regionale nella funzione di Osservatorio.
3. I medici si obbligano a gestire le schede sanitarie individuali su supporto informatico mediante software compatibili. Per compatibilità tra software si intende la possibilità di accedere per via telematica alle schede sanitarie individuali e di trasferire i dati dai software per la gestione delle cartelle cliniche su un server condiviso.
4. I componenti della forma associativa in rete autocertificano all'Azienda:
   a. Requisiti strutturali: possesso PC e caratteristiche; modem; stampante; software di gestione della cartella clinica con licenza d'uso; sistema di collegamento tra PC ed eventuale licenza d'uso se posseduto come software; linea telefonica.
   b. Requisiti operativi: collegamento ad Internet; possibilità di collegamento con CUP; possibilità di trasmissione dei dati epidemiologici e/o prescrittivi.
5. Nell'ambito della Medicina in rete è possibile individuare uno o più studi di riferimento presso i quali si possano concentrare alcune attività sia di tipo amministrativo e segretariale (call center, presenza costante di collaboratore di studio, ecc) che sanitario (ambulatori per patologie, disponibilità di strumenti diagnostici di base di cui al comma successivo). L'individuazione dello studio "capofila" non prefigura in alcun modo la trasformazione della medicina in rete in medicina di gruppo.
6. Il singolo medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri medici dell'associazione in caso di effettiva urgenza o in esecuzione di programmi assistenziali o servizi liberamente concordati ai sensi del comma 4 lettera b) e comunicati all'Azienda.

II. B - Medicina di gruppo - lettera c) comma 6 art. 54.

1. Possono far parte delle forme associative i Medici incaricati a tempo indeterminato del servizio di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e della Pediatria di Libera Scelta. I medici di continuità assistenziale possono entrare nella medicina associativa con la costituzione di Equipes Territoriali. L'atto costitutivo sarà preventivamente approvato dal Comitato Aziendale, che stabilirà preventivamente il compenso orario per il medico della continuità assistenziale.
2. L'ambito territoriale dell'associazione è corrispondente all'ambito di scelta.
3. La sede della medicina di gruppo è unica, fermo restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti nella sede principale, disciplinato dal comma 5 art. 36 dell'ACN del 23 marzo 2006 e dalla lettera A) dell'art. 18 del presente accordo. I medici devono comunque comunicare gli orari aggiuntivi degli studi secondari.
4. I medici gestiscono le schede sanitarie individuali su supporto informatico mediante lo stesso software e con collegamento in rete.
5. Requisiti indispensabili e qualificanti della medicina di gruppo sono:
   - la dotazione di un software comune di gestione della cartella clinica in rete;
   - la dotazione di apparecchiature diagnostiche di base (ad esempio Elettrocardiografo, Spirometro, Audiometro, spettrometro per analisi cliniche, ecc.);
   - la presenza di personale di studio;
   - l'apertura dello studio, con la presenza in turnazione dei medici, il sabato dalle ore 8 alle ore 10.

II. C - Collaboratori di studio e personale infermieristico.

1. Nell'ambito delle forme associative è consentito l'utilizzo comune da parte dei componenti di personale di segreteria e/o infermieristico. L'attribuzione delle indennità relative viene garantita a tutti i medici operanti nelle associazioni così come previsto dall'accordo regionale:
   - A condizione che il collaboratore di studio sia presente per almeno 20 ore settimanali nel caso di 3 medici, 25 ore settimanali nel caso di 4 medici e 35 ore settimanali fino a 6 medici (limite massimo di medici che possono usufruire della relativa indennità con unico collaboratore).
   - Nel caso in cui il collaboratore è fornito da cooperativa o società di servizio, il numero minimo di utilizzo per medico singolo non in associazione è stabilito in 10 ore settimanali.

   A sua volta l'infermiere dovrà essere disponibile per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore.

II. D - Associazionismo medico di cui al comma 3, punto secondo, art. 54.

1. La partecipazione alle forme di associazione di cui al comma 3, punto 2° dell'art. 54 dell' ACN è libera e volontaria.
2. Possono partecipare i medici di cui al comma 10 dell'art. 54 dell'ACN del 23 marzo 2005. La partecipazione può cessare in ogni momento.
3. Possono anche partecipare singolarmente i medici aderenti ad una delle forme di cui all'art. 54, comma 3, punto 1, fermo restando il divieto di percepire doppio compenso.

II D.1 - Compiti.

1. Le associazioni di cui al comma precedente possono fornire, a favore dei medici aderenti, servizi e strutture per supportare l'espletamento dei compiti e delle prestazioni così come previsto dal comma 14 dell'art. 54 dell'ACN del 23 marzo 2005. In particolare possono fornire:
   - sedi associative, studi professionali, poliambulatori, centri polifunzionali;
   - supporto logistico e operativo per UTAP, èquipes territoriali;
   - fornitura e gestione di personale di segreteria ed infermieristico;
   - call center, segreteria centralizzata per ricezione-controllo on-line prenotazioni;
   - supporto ad attività di continuità assistenziale, comprese eventuali centrali operative;
   - fornitura supporti ADI alla ASL attraverso convenzione associativa;
   - fornitura di servizi di pulizie e smaltimento rifiuti speciali;
   - beni strumentali;
   - servizi informativi, formativi, organizzativi fiscali e gestionali;
   - servizi informatici, compresa la gestione di archivi condivisi, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
   - servizi di epidemiologia, ricerca, verifica e revisione di qualità;
   - ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato concordato.
2. Le associazioni di che trattasi non possono fornire, in ogni caso, prestazioni sanitarie dirette ai cittadini in carico ai medici facente parte delle associazioni.
3. Le associazioni possono ospitare attività specialistiche sia a carattere libero professionale che a carattere convenzionale (ambulatori per patologia, intramoenia decentrata, specialistica ambulatoriale ASL). In questo caso per i Centri polifunzionali gestiti da Cooperative e per le medicine di Gruppo che ospitino attività non soggette ad autorizzazione, non si configura una situazione di Poliambulatorio ma solo di Polistudio.

Art. 23 - Visite occasionali (art. 57 ACN del 23 marzo 2005)

Con le procedure previste dall'art. 57 dell'ACN del 23 marzo 2005 vengono liquidate dall'Azienda d'iscrizione del Medico:

1. Le visite occasionali rese a cittadini ultrasessantacinquenni residenti in AUSL regionali diverse da quella del MMG.
2. L'assistenza di medicina generale per i cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia.
3. Le visite occasionali rese ai soggetti che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 35, comma 4, del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

Art. 24 - Trattamento economico (Art. 59 ACN del 23 marzo 2005)

Il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. D) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, si articola in:

A. Quota capitaria per assistito ponderata.
B. Quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale.
C. Quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale.
D. Quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza complementari alle cure primarie e definite dal presente accordo regionale.

A. QUOTA CAPITARIA

1. I medici con un carico assistenziale inferiore alle 501 scelte, titolari a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'ACN del 23 marzo 2005, possono entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo fosse più favorevole secondo quanto previsto dal comma 8 lettera A art. 59 dell'ACN del 23 marzo 2005.
2. L'importo degli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici nell'anno precedente vanno ad incrementare il fondo di ponderazione qualitativa delle quote capitarie a livello Aziendale.Tale fondo sarà ripartito in quote capitarie per tutti i medici di assistenza primaria dell'Azienda.
   Entro il mese di febbraio di ogni anno, le Aziende comunicano alla Regione le variazioni intervenute.
3. **MINORI DI 14 ANNI (comma 10, lettera A, art. 59):** Per le scelte dei minori di età inferiore ai 14 anni, già in carico alla data del 02.10.2000, nei Comuni in cui non viene garantita l'attività ambulatoriale del Pediatra di Libera Scelta, è corrisposto il compenso aggiuntivo annuale di **€ 18,08**.

B. QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI

1. Il Fondo a riparto di cui all'art. 46 e art. 59 dell'ACN del 23 marzo 2005 è così costituito:

Lettera B art. 59						importo	n. assistiti	
Comma 1						€ 2.99	527.734	€ 1.577.924,66
Comma 3						€ 2,00	527.734	€ 1.055.468,00
Comma 2	Tetti DPR 270/00 Per:		Costi per tetti previsti DPR 270/00	Incremento determinato dalle risorse aggiuntive regionali	Eccedenza quote			
	Associazione (€ 2,58)	40 %	€ 545.103,73		€ 233.643,55			
	Gruppo (€ 4,65)	6 %	€ 147.178,01	€ 168.560,10	€ 160.071,50			
	Rete (€ 3,62)	7 %	€ 133.727,80		€ 107.905,51			
	Collaboratore (€ 2.58)	25 %	€ 340.689,83					€ 670.180,66
	Infermiere (€ 3,10)	5 %	€ 81765,56					
			€ 1.248.464,93	€ 168.560,10	€ 501.620,56			
								€ 3.303.573,32

Il fondo a riparto come quota capitaria quindi è così costituito:

Fondo a ripartizione per la qualità dell'assistenza (€ annuo per assistito)	2006
Risorse 270/2000	2,99
Risorse impiegate dalla Regione ad integrazione dei tetti 270/2000	1.27
Incremento piena disponibilità	2,00
Totale consistenza Fondo	**6,26**

2. A partire dal 01/01/2005 ai medici che svolgono la propria attività in forma di:

2.1 ***medicina di gruppo*** è corrisposta un compenso forfetario annuo per ciascun assistito nella misura di **€ 7,20**.

2.2 ***medicina in rete*** è corrisposta un compenso forfetario annuo per ciascun assistito nella misura di **€ 4,70**.

2.3 ***medicina in associazione*** è corrisposta un compenso forfetario annuo per ciascun assistito nella misura di **€ 2,58**

2.4 Ai medici che utilizzano un ***collaboratore di studio professionale*** assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali è corrisposta una indennità annua nella misura di **€ 3,50** per assistito in carico. L'orario minimo per l'utilizzo part-time del collaboratore di studio per singolo medico è di 10 ore settimanali.

2.5 Ai medici che utilizzano un ***infermiere professionale*** assunto secondo il relativo contratto nazionale è corrisposta una indennità annua nella misura di **€ 4,00** per assistito in carico. L'orario minimo per l'utilizzo part-time dell'infermiere professionale per singolo medico è di 5 ore settimanali.

3 Entro il 31 gennaio di ogni anno la Regione acquisisce i dati dalle singole Aziende relative alle percentuali da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione e relative alla medicina di gruppo, alla medicina in rete, al collaboratore di studio e all'infermiere professionale. Eventuali compensazioni fra le singole voci e modifiche in aumento o in diminuzione delle singole indennità vengono concordate con le OO.SS. firmatarie del presente accordo entro il 28 febbraio di ogni anno.

4 Per il 2006 i compensi relativi alla medicina in rete, alla medicina di gruppo e le indennità relative al personale di studio e all'infermiere professionale sono corrisposte nella misura e nei tempi previsti dall'art. 59 dell'ACN del 23 marzo 2005 purché non siano state superate le rispettive percentuali, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della regione Basilicata, nella seguente misura:

- Il 15% per la medicina di gruppo;
- Il 30% per la medicina in rete;
- Il 40% per il collaboratore di studio;
- Il 10% per l'infermiere professionale.

5 Le Aziende in sede di bilancio provvederanno a costituire il fondo aziendale a riparto sulle modalità stabilite a livello regionale.

6 Per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico di cui al comma 15 della lettera B dell'art. 59 dell'ACN le risorse disponibili per il 2006 vengono destinate al finanziamento del **"Fondo Aziendale per l'assistenza primaria"** di cui all'art. 9 del presente accordo. In attesa che le singole Aziende attivano i "Patti aziendali" ad ogni medico spettano risorse certe e definite costituite da € 3,08 annue per assistito, frazionabile in dodicesimi.

7 Una volta determinata la quota del fondo a riparto destinata per le forme associative, il collaboratore di studio, il personale infermieristico e l'indennità informatica, le risorse del fondo non utilizzate vengono destinate per il funzionamento delle forme associative evolute di cui all'art. 10 del presente accordo.

Per quanto riguarda la partecipazione all**'Equipe di assistenza territoriale:**

a) Al referente dell'Equipe di assistenza territoriale, per le funzioni previste dall'art. 10 del presente Accordo, è attribuito un compenso mensile forfetario omnicomprensivo **di € 100,00**.

b) Per la realizzazione delle attività dell'Equipe per quanto previsto dall'art. 10 presente accordo a ciascun medico di assistenza primaria è riconosciuta, per ciascun assistito in carico, la quota capitaria annua d**i € 1,00** che sarà corrisposta mensilmente in

dodicesimi a partire dalla comunicazione inviata all'Azienda di costituzione dell'Equipe.

c) Per ogni assenza non giustificata del medico alla riunione dell'Equipe di assistenza territoriale l'Azienda provvederà a trattenere due dodicesimi del compenso previsto al comma b del presente punto. In caso di sostituzione per malattia, ferie o impegno sindacale, alla riunione partecipa il sostituto.

C. QUOTA PER SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONI, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE:

1. ***Prestazioni aggiuntive:***

Con il presente comma vengono disciplinate le prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quanto previste dall'allegato D dell'ACN del 23 marzo 2005 in coerenza con l'esigenza di un più appropriato livello di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, dell'efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici. L'aumento dell'offerta delle prestazioni diagnostiche di 1° livello contribuisce a garantire la risposta ai bisogni di salute dei cittadini specie di coloro che per motivi anagrafici o sanitari hanno sempre più difficoltà a rivolgersi alle strutture sanitarie di 2° livello. Vengono pertanto concordate le seguenti prestazioni aggiuntive da eseguirsi nello studio del MMG, senza preventiva autorizzazione e con il seguente rimborso e con modalità di pagamento identiche a quanto previste dal punto 4 dell'allegato D**:**

1. Rimozione cerume (monolaterale)	***€ 7,18***
2. Rimozione di corpi estranei corneali	***€ 7,75***
3. Medicazioni di ulcere cutanee o piaghe da decubito	***€ 6,16***
4. ECG (anche eventualmente con l'ausilio della Telemedicina)	***€ 20,00***
5. Infiltrazioni intra e periarticolari	***€ 9,04***
6. Esecuzione nei casi clinici dubbi del test rapido per la rilevazione dello streptococco pyogenes in faringe	***€ 14,00***
7. Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri	***€ 5,16***
8. Esecuzione di spirometria semplice in soggetti affetti da patologie broncopolmonari croniche	***€ 20,66***
9. Esecuzione di impedenziometria	***€ 13,00***
10. Esecuzione di audiometria tonale	***€ 12,00***
11. Pulsossimetria	***€ 20,00***
12. Glicemia (in pazienti anche non inseriti nel progetto Diabete Mellito)	***€ 2,59***
13. Glicosuria (in pazienti anche non inseriti nel progetto Diabete Mellito)	***€ 2,59***
14. Determinazione dell'INR nei soggetti in terapia con Anticoagulanti orali	***€ 15,00***
15. Determinazione assetto lipidico (Colesterolo tot, HDL e LDL, Trigliceridi) per valutazione rischio cardiovascolare.	***€ 10,00***
16. Holter pressorio	***€ 30,00***
17. Asportazione di neoformazioni cutanee	***€ 25,82***
18. Bendaggio elastocompressivo	***€ 12,91***
19. Fundus oculi	***€ 7,00***
20. MiniMental Test per i pazienti arruolati nel progetto "Alzheimer"	***€ 15,49***
21. Ecografie	***€ 25,00***
22. Visite domiciliari di pazienti 0-6 anni iscritti al pediatra	***€ 25,82***
23. Visite ambulatoriali di pazienti 0-6 anni iscritti al pediatra	***€ 15,49***

a) Le prestazioni ai punti 22 e 23 devono essere ritenute a carico del paziente se eseguiti nei Comuni in cui è garantita l'attività ambulatoriale del PLS. Negli altri comuni compresi nell'ambito di scelta l'onere anticipato dall'utente potrà essere rimborsato dall'AUSL previa esibizione di idonea documentazione. E' a cura dell'Azienda l'effettuazione di accertamenti in merito per evitare la ripetitività delle prestazioni e valutare l'adozione di opportune azioni correttive con il coinvolgimento dei sanitari interessati.

b) I Medici della Continuità Assistenziale possono eseguire le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario dell'allegato D oltre le prestazioni previste dal presente accordo ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14 e 19.

c) Contenuto e risultati delle prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto all'allegato D:

Tipo di prestazione	Motivazione	Risultato atteso
Rimozione cerume	Patologia minore che comporta importante disabilità	Rapida risoluzione del problema con riduzione dei tempi d'attesa
Rimozione di corpi estranei corneali	Patologia minore con frequenti accessi al PS	Riduzione degli accessi al PS
Medicazioni di ulcere cutanee o piaghe da decubito	Patologie con prevalenza importante specie a carico di anziani e allettati	Riduzione del ricorso alle strutture specialistiche di 2° livello
ECG	Alta prevalenza di soggetti ipertesi, diabetici e cardiopatici	Monitoraggio del danno d'organo e risoluzione di dubbi diagnostici
Infiltrazioni intra e periarticolari	Metodiche semplici con alto gradimento dei pazienti soprattutto anziani	Riduzione delle disabilità per patologie degenerative a carico delle articolazioni
Test rapido per la rilevazione dello streptococco pyogenes in faringe	Esecuzione nei casi clinici dubbi del test rapido per la rilevazione dello streptococco pyogenes in faringe	Riduzione di inutili trattamenti antibiotici nei casi negativi. Riduzione delle complicanze nei casi positivi
Stick urine 10 parametri	Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri	Immediata risoluzione di dubbi diagnostici. Determinazione del danno renale (presenza di proteinuria) nei soggetti diabetici e ipertesi
Spirometria	Esecuzione di spirometria semplice in soggetti affetti da patologie broncopolmonari croniche	Monitoraggio delle patologie broncopolmonari croniche
Impedenziometria	Metodica semplice ad integrazione con l'audiometria	Presa in carico globale del paziente con otite media senza ricorso allo specialista
Audiometria tonale	Metodica semplice integrata a volte con l'impedenzometria	Presa in carico globale del paziente con otite media senza ricorso allo specialista. Screening delle ipoacusie.
Pulsossimetria	Metodo semplice e sicuro per la valutazione della saturazione dell'ossigeno arterioso	• Monitoraggio della BPCO • Follow-up del paziente in ossigenoterapia a

		lungotermine • Controllo clinico di una broncopolmonite
Glicemia e glicosuria	Metodiche semplici	Risoluzione immediata di dubbi diagnostici. Corretta gestione del Diabete NID
Determinazione dell'INR nei soggetti in terapia con Anticoagulanti orali	Esame indispensabile per il monitoraggio dei pazienti in TAO	I pazienti in TAO sono generalmente anziani non in grado di recarsi autonomamente presso il laboratorio o centri TAO. Monitoraggio accurato della TAO, per i potenziali gravi effetti collaterali (anche letali).
Determinazione assetto lipidico (Colesterolo tot, HDL e LDL, Trigliceridi)	Attualmente in commercio apparecchi (tipo quello utilizzato nello studio TARGET) che permettono con un'unica striscia di effettuare la determinazione del COLESTEROLO TOT. e HDL TRIGLICERIDI LDL COLESTEROLO	Valutazione rischio cardiovascolare.
Holter pressorio	Le apparecchiature di piccole dimensioni, notevolmente automatizzate, programmabili con sofisticati software per la reportistica.	E' un esame prezioso: • Nei casi dubbi (ipertensione da camice bianco). • scarsa risposta alle terapia farmacologia. • discrepanza tra apparente normalita' dei valori pressori e presenza di danni d'organo.
Asportazione di neoformazioni cutanee	Patologie minori con forte impatto sociale	Riduzione degli accessi alle strutture specialistiche
Bendaggio elastocompressivo	Patologie a forte prevalenza specie nel sesso femminile	Riduzione degli accessi alle strutture specialistiche
Fundus oculi	Esame semplice	Monitoraggio d'anno d'organo nei soggetti diabetici e ipertesi
MiniMental Test per i pazienti arruolati nel progetto "Alzheimer"	Esame propedeutico all'ingresso nel progetto "Alzheimer"	Test di screening per l'ottimizzazione delle risorse specialistiche e farmaceutiche
Ecografie	Apparecchi ormai accessibili con alta tecnologia e affidabilità	Risoluzione dubbi diagnostici. Riduzione delle liste d'attesa.

d) Il Medico di Medicina Generale è tenuto al rispetto dei criteri di appropriatezza, ivi compresa la sostenibilità economica, per l'accesso delle prestazioni aggiuntive concordati fra le Aziende e le OO.SS.

e) A partire dalla data di pubblicazione del presente accordo si concorda di introdurre un tetto alle prestazioni aggiuntive ella misura del:
   - 16,60% dei compensi mensili previsti come quota capitaria di cui alla lettera A dell'Art. 59 dell'ACN.
   - 20% dei compensi mensili previsti come quota capitaria di cui alla lettera A dell'Art. 59 dell'ACN per i medici aderenti alle medicine di gruppo.

2. ***Assistenza domiciliare programmata (ADP).***

   In base alle combinate disposizioni dell'ACN del 23 marzo 2005 e del presente accordo integrativo regionale per la medicina generale si conviene che:

   Al medico di Assistenza Primaria saranno corrisposte **€ 20,00** ad accesso.

3. ***Assistenza domiciliare integrata (ADI).***

   a. Il MMG è il punto fermo di qualsiasi forma di assistenza domiciliare integrata che si voglia attivare, per qualsiasi Azienda, con qualsiasi attore e per qualsiasi categoria di pazienti.
   b. Al MMG saranno corrisposte **€ 20,00** ad accesso.
   c. Per il primo accesso del MMG nell'ambito della definizione del *piano di trattamento individualizzato (PIT)* da parte dell'UV saranno corrisposte **€ 55,00.**
   d. Ad integrazione delle suddette prestazioni, per ciascuna trasfusione di sangue intero o di suoi derivati eseguita in regime di ADI, al Medico di Medicina Generale è corrisposto un compenso di **€ 37,50;** lo stesso compenso spetta al Medico di Continuità Assistenziale qualora si renda necessaria la trasfusione durante il servizio stesso.

4. ***Indennità informatica:***

   a. Ai medici che assicurano la gestione della scheda sanitaria e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche mediante il supporto del sistema Tessera Sanitaria di cui all'art. 50 del D.Legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazione, dalla Legge 24 novembre 2003 n. 326, è corrisposta una indennità forfetaria mensile di **€ 77,47**. Le apparecchiature devono essere idonee a svolgere collegamenti con il CUP e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica della qualità dell'assistenza.
   b. Per i MMG in possesso di adeguato programma gestionale in grado di svolgere le seguenti attività:
      - la gestione delle cartelle sanitarie individuali;
      - la memorizzazione di tutte le prescrizioni ambulatoriali e domiciliari;
      - la stampa regolare di tutte le attività ambulatoriali;
      - la stampa della cartella clinica su richiesta dei pazienti interessati;
      - il monitoraggio della spesa farmaceutica, degli accertamenti e della riabilitazione per assistito;
      - la redazione di statistiche relative ai dati registrati della prescrizione farmaceutica, degli esami, su richiesta delle singole Aziende e della Regione;
      - l'elaborazione di statistiche di tipo epidemiologico, la compilazione di liste di pazienti per specifiche caratteristiche (età, sesso, fattori di rischio) da farsi su richiesta della regione e/o delle Aziende;

spetta un compenso forfetario annuo aggiuntivo di **€ 1,29** ad assistito. La Regione fornirà ai medici, che ne faranno richiesta, il software applicativo.

D. QUOTE PER ATTIVITÀ E COMPITI PER L'ESERCIZIO DI FUNZIONI PROPRIE DI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA COMPLEMENTARI ALLE CURE PRIMARIE E DEFINITE DAL PRESENTE ACCORDO REGIONALE.

a. *Formazione.*

Nelle more della definizione del nuovo sistema di formazione regionale ECM continuano a trovare applicazione le norme previste dalla DGR 1833/03 fino al 30 giugno 2008.

b. *Attività integrative di assistenza*

1. Pronta Disponibilità Telefonica: Ai medici che aderiscono in forma associata o singola alla seguente forma di attività integrativa d'assistenza, viene erogata una quota di **€ 7,75** annue a paziente, mensilmente in dodicesimi.

2. Attività Integrativa d'assistenza per le Medicine di Gruppo: Ad ogni singolo medico del gruppo che aderisce a questa forma di assistenza integrativa, è corrisposta una quota di **€ 11,00** annue a paziente in carico, mensilmente in dodicesimi. La disponibilità telefonica come al precedente articolo e la pronta disponibilità diurna non sono cumulabili.

c. *ZONE DISAGIATE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE*

1. Considerate le caratteristiche orografiche della Regione Basilicata, numerose sono le zone di Assistenza Primaria che comportano obiettive condizioni di disagio e difficoltà nell'espletamento dell'attività convenzionale. In questa fase viene individuata come "zona disagiata" il Comune con una popolazione residente inferiore a 1.000 abitanti e come "zona disagiatissima" il Comune con una popolazione residente inferiore a 650 abitanti.
2. Per ovviare, in parte, alle evidenti condizioni di disagio derivante dall'isolamento sociale e culturale dei medici operanti in queste realtà territoriali, è riconosciuta una indennità forfetaria mensile di **€ 516,46** per le zone disagiatissime e una indennità mensile di **€ 258,23** per le zone disagiate.
3. Tali indennità liquidate possono essere sommate alle eventuali indennità di associazione (ad eccezione della medicina di gruppo) e non spettano a quei medici che aprono uno studio o più studi professionali in zone diverse da quello d'iscrizione (pur facenti parte dello stesso ambito territoriale) o che abbiano una qualsiasi forma di autolimitazione del proprio massimale o che trasferiscono successivamente la propria residenza effettiva dal comune dichiarato zona disagiata.
4. Il medico che nel corso degli anni raggiunge un numero di scelte superiore a 650 e 1000 perde automaticamente il diritto a percepire tale indennità.
5. Entro 120 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, verranno definiti i criteri ulteriori di individuazione delle zone disagiate e disagiatissime.

d. *Programmi di attività e livelli di spesa programmati*

I livelli di spesa programmati sono obiettivi economici di riferimento finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza dell'uso delle risorse basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato aziendale.

Ai medici che aderiscono a progetti di budget viene corrisposto una indennità annua di € **1,24** ad assistito, suddivisibile in quote mensili. Ulteriori incentivi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati saranno concordati in sede di Comitato d'Azienda.

e. *Attività di ricerca epidemiologica.*

Ribadendo il principio che la partecipazione del Medico di Assistenza Primaria ai progetti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale è un aspetto qualificante dell'attività della Medicina Generale, ai MMG che partecipano all'intero complesso delle attività epidemiologiche e di verifica della qualità stabilite dall'OeR, i relativi compensi verranno liquidati di solito a progetto ultimato o entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Progetti di ricerca epidemiologica possono essere proposte anche da medici, singoli e/o associati, all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OeR), a tal fine si seguono le procedure previste ai commi precedenti.

f. Attività di prevenzione organizzate a livello regionale (screening).

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei programmi regionali di screening sarà concordato obbligatoriamente a livello di Comitato Regionale (ex art. 24 ACN del 23 marzo 2005).

g. Programmi-progetti tesi all'abbattimento delle liste d'attesa.

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei programmi tesi all'abbattimento delle liste d'attesa con l'obbligo per i medici prescrittori di indicare sulla ricetta la priorità della prestazione sarà concordato preventivamente a livello di Comitato Regionale (ex art. 24 ACN del 23 marzo 2005).

Art. 25 – Progetto LUMIR, LUcania Medici In Rete

LUMIR è il progetto avviato dalla Regione Basilicata per integrare i servizi informatizzati nel Sistema Sanitario Regionale. Il Progetto LUMIR si propone di migliorare la cooperazione tra gli operatori sanitari di differenti strutture sanitarie che intervengono sul paziente ponendo particolare attenzione su:

- episodi assistenziali
- condivisione della cura del paziente
- condivisione di dati di sintesi sullo stato di salute del cittadino

costruendo così il Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino.
La messa in rete degli operatori sanitari con le strutture amministrative regionali, aziendali e distrettuali faciliterà la comunicazione e la trasmissione di documentazioni con i medici di medicina generale mediante procedure di posta elettronica.
Dalla data di allacciamento dello studio medico con la rete informatica per lo scambio dei flussi informativi previsti dal Progetto LUMIR, ciascun medico avrà diritto al compenso di **€ 2,5 /anno** per assistito, frazionato mensilmente, che retribuisce le prestazioni informatiche di base individuate dal presente Accordo e consistenti in:

1. Anagrafica (aggiornamento automatico)

2. Esenzioni (aggiornamento automatico)
3. Procedure di posta elettronica
    4. Laboratorio: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
    5. Referti: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
    6. Lettera di dimissione ospedaliera: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
    7. Referto del pronto soccorso: anticipazione on line dei referti per la cartella informatica del curante, che non sostituisce la consegna del referto al cittadino da parte della struttura erogante.
    8. CUP: trasmissione automatica dei dati per garantire una più agevole fruizione della prenotazione da parte del cittadino.

Tutti i dati in partenza o in arrivo sulle postazioni informatiche dei medici di medicina generale debbono integrarsi con le specifiche della cartella informatica dello stesso per renderle automaticamente fruibili.

Gli ulteriori sviluppi del progetto LUMIR quali il Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino, il Patient Summary, le schede relative alla gestione integrata di patologie croniche determinate dalla programmazione regionale saranno oggetto di relativa contrattazione fra Regione e OO.SS.

CAPO III
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Art. 26 – Criteri generali (Art. 62 ACN del 23 marzo 2005)

1. Le attività di Continuità Assistenziale, garantite nel distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1 lettera a) del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sono assicurate prioritariamente dai medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli articoli del Capo III dell'ACN.; in via subordinata da:
   a. Medici convenzionati di cui alla lettera a) organizzati in forme associative (UTAP e Equipes d'assistenza territoriali) con i medici di Assistenza Primaria per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore in ambiti definiti;
   b. Da un singolo medico convenzionato per l'assistenza primaria residente nell'ambito territoriale e solo in situazioni di carenze di medici di alla lettera a) e b).

Art. 27 - Rapporto ottimale (Art. 64 ACN del 23 marzo 2005)

1. Considerate le peculiari caratteristiche orogeografiche del territorio della Basilicata e considerato il rapporto ottimale (medici in servizio/abitanti) di cui all'art. 64 dell'ACN, l'assetto organizzativo del Servizio di Continuità Assistenziale rimane invariato rispetto a quanto indicato nei precedenti Accordi Regionali (DGR 5515/97; DGR 1640/00 e succ. mod. ed integr.) sino alla definizione della Rete dei Servizi.
2. Entro tre mesi dalla pubblicazione del presente accordo le parti si impegnano ad avviare un confronto sull'assetto organizzativo della continuità assistenziale in relazione al rapporto ottimale.

Art. 28 – Massimali (Art. 65 ACN del 23 marzo 2005)

1. Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per orario settimanale di 24 ore settimanali, più 4 ore per attività istituzionali non notturne. E' fatto salvo l'eventuale orario aggiuntivo, rispetto al limite massimale di 24 ore settimanali, derivante dall'anticipazione del servizio nei turni prefestivi, potendosi esso ritenere compatibile ai sensi dell'ACN del 23 marzo 2005.
2. Le 4 ore addizionali non sono opzionali, ma un diritto del Medico che ne fa richiesta. Nell'ottica di una rete territoriale di servizi fondata sull'integrazione delle diverse funzioni, le Aziende utilizzano i Medici di Continuità Assistenziale nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, come a titolo esemplificativo:

   - Punti e Servizi territoriali
   - Ospedali di Comunità
   - Campagne di prevenzione e diffusione della cultura sanitaria
   - Case alloggio
   - Comunità terapeutiche
   - Strutture sanitarie residenziali
   - SERT

Pertanto, entro 45 giorni dalla richiesta del Medico, le Aziende, in base alle proprie esigenze e nel rispetto degli ambiti territoriali di appartenenza, individueranno i settori di utilizzo dei sanitari disponibili; trascorso tale periodo, per i Medici richiedenti sarà, comunque, legittimato il diritto a compenso della quota oraria addizionale.

3. Sulla base di specifici programmi aziendali e previa acquisizione di disponibilità da parte dei Medici interessati, le Aziende attribuiscono al Medico di Continuità Assistenziale ore di incarico aggiuntive sino alla concorrenza massima delle 38 ore settimanali.
4. In caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, rimane fermo quanto stabilito dall'art.65, comma 4, dell'ACN del 23 marzo 2005.
5. Si conviene, in applicazione del disposto dell'art.20 dell'ACN, sull'obbligo per i Medici di Continuità Assistenziale di 40 ore annue di aggiornamento professionale che verranno retribuite secondo i normali compensi. Qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio, l'Azienda provvede alla sostituzione del Medico. Le Aziende garantiscono un piano formativo coerente con i bisogni rilevati e mirati a sostenere la piena valorizzazione del servizio stesso.

Art. 29 – Assenze giustificate

1. Fermo restando quanto previsto in materia di sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale dall'art.18 dell'ACN, si conviene sull'opportunità di far conservare l'incarico al Medico, senza diritto a compenso, per assenze giustificate dovute a:
   a. gravi e documentati motivi di natura familiare, fino ad un massimo di 15 giorni;
   b. partecipazioni ad esami o concorsi, fino ad un massimo di 10 giorni;
   c. matrimonio, fino ad un massimo di 15 giorni;
   d. documentati motivi di lavoro e di studio. Il periodo di sospensione non può superare gli otto mesi complessivi nell'arco di diciotto mesi.

Art. 30 - Compiti del medico (Art. 67 ACN del 23 marzo 2005)

1. Il Medico di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nella Regione Basilicata dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti giorni feriali, dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo. Per i cittadini residenti fuori Regione, si applicano le norme dell'Art. 13 comma 3 del presente accordo. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il Medico effettua tutti gli interventi domiciliari ritenuti appropriati sulla base di apposite linee guida. Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentono, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali da definire nell'ambito nell'Osservatorio Regionale di cui all'art. 9 del presente accordo entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.
2. Al Medico che assicura il servizio di Continuità Assistenziale, nel caso venga impegnato, per interventi domiciliari e/o territoriali urgenti, oltre la fine del proprio turno, spettano i normali compensi rapportati al prolungamento del servizio.
3. Il Medico di Continuità Assistenziale partecipa alle attività delle Equipes territoriali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Gli Accordi aziendali individuano i compiti e le modalità di partecipazione del medico di Continuità Assistenziale alle attività previste nell'Equipe territoriale.
4. Il medico in servizio di Continuità Assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D ed a quanto previsto per i Medici di Assistenza Primaria [punto b) comma

1 lett. c) art.28 presente Accordo]. Tali prestazioni sono retribuite, per intero, aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

5. Considerati i turni di servizio effettuati (di 12 h e di 23 h) si conviene sul diritto del Medico di C.A di una pausa pasto di 30 min., durante i quali lo stesso, con mezzi opportuni (trasferimento di chiamata, messaggio in segreteria telefonica, etc), assicurerà la sua continua ed immediata reperibilità.
6. Il Medico nell'espletamento delle sue funzioni utilizza esclusivamente il timbro identificativo recante la dicitura del proprio nominativo con il servizio di Continuità Assistenziale.

Art. 31 – Organizzazione del servizio

1. I Medici di Continuità Assistenziale si organizzano in nuclei nell'ambito dell'equipes territoriale. Ogni nucleo, comprendente uno o più punti di Continuità Assistenziale, contribuisce all'intercettazione dei bisogni assistenziali e formativi e di conseguenza all'elaborazione di specifici programmi di intervento. Il nucleo individua le modalità di attivazione di "Gruppi Audit" per facilitare l'omogeneizzazione dei comportamenti clinici e organizzativi dei professionisti nelle sedi e fra le sedi promuovendo l'attitudine dei sanitari al lavoro in collaborazione con altri professionisti del territorio. E' compito altresì del nucleo individuare al proprio interno il referente dell'ADI per il territorio di competenza.
2. Per ciascun punto di Continuità Assistenziale e sulla base della disponibilità dei singoli sanitari, l'Azienda attribuisce le funzioni di Medico Referente preferibilmente ad un Medico titolare residente nell'Azienda. La nomina ha durata annuale e rinnovabile, se condivisa dai Medici del presidio.
3. Il Medico Referente ha il compito di relazionare con l'Azienda e coordina le attività del punto:
   - provvede alla compilazione (sentiti i Medici interessati) ed alla trasmissione mensile dei turni;
   - organizza entro e non oltre il 30 maggio di ciascun anno il calendario del ristoro psico-fisico, nel rispetto delle singole esigenze e secondo il principio della equa rotazione;
   - provvede alla richiesta di farmaci e/o strumentario tecnico-logistico necessario per l'espletamento del servizio ed alla tenuta dei registri di carico e scarico dei farmaci;
   - concorda la definizione di linee di condotta organizzative e operative informandone i nuovi incaricati.
4. In caso di cambi turno tra sanitari dello stesso punto, questi ultimi sono tenuti a darne comunicazione scritta, anche a mezzo fax, al Responsabile del Servizio dell'Azienda ed a notificarlo al Medico Referente, il quale, in maniera puntuale, alla fine di ogni mese provvederà a trasmettere all'Azienda nota specifica riassuntiva di tutte le variazioni eventualmente avvenute nella turnazione.

Art. 32 - Competenze delle Aziende (Art. 68 ACN del 23 marzo 2005)

1. E' obbligo delle Aziende fornire i punti di Continuità Assistenziale dei farmaci, della modulistica (INAIL - Referti Autorità Giudiziaria - INPS - Schede Notifica Malattie Infettive) e del materiale di pronto soccorso necessari alla effettuazione degli interventi di urgenza richiesti. Si allega al presente Accordo un protocollo minimale in termini di attrezzature e materiale vario di cui deve essere dotato ogni presidio e che le Aziende sono tenute a rispettare.
   E' compito delle Aziende recapitare il materiale di consumo presso ciascun presidio.

2. Le Aziende garantiscono, altresì, che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta, il riposo dei Medici e l'attività ambulatoriale lì dove prevista, con adeguate misure di sicurezza (videocitofono, telefono con libera chiamata all'esterno e con contascatti e con trasferimento di chiamata su telefonino aziendale, collegamenti diretti con forze dell'ordine e/o Guardie Giurate), nonché di servizi igienici standards.
3. Le Aziende, entro 150 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, mettono a disposizione delle OO. SS. la certificazione relativa all'idoneità di cui all'art. 68, commi 2 e 3, dell'A.C.N. del 23 marzo 2005.
4. In linea con la politica di informatizzazione sostenuta dalla Regione Basilicata, e facendo riferimento ai fondi ad essa destinati, è auspicabile che ciascun presidio di C.A. sia dotato di supporto informatico in linea.
5. Relativamente all'aggiornamento professionale di cui all'art. 27, comma 5, del presente Accordo, le Aziende formulano un piano formativo coerente con i fabbisogni rilevati e inerenti la specificità del servizio, con particolare riguardo per le patologie in età pediatrica, e mirati a sostenere la piena valorizzazione dell'attività di Continuità Assistenziale.
6. Nell'ottica di un utilizzo appropriato del servizio, è opportuna la redazione di materiale informativo, concordato con le OO.SS., rivolto ai cittadini riguardante le specificità del servizio di Continuità Assistenziale.

Art. 33 – Organizzazione della reperibilità (Art. 71 ACN del 23 marzo 2005)

1. In ogni Azienda mensilmente vengono organizzati turni di reperibilità domiciliare secondo il disposto dell'art. 71 dell'ACN. Il numero dei Medici in reperibilità non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile ogni due presidi di guardia attiva nel turno corrispondente. Nelle realtà in cui per ciascun turno di servizio insistono più unità mediche in guardia attiva, il rapporto sarà di un medico reperibile ogni 2 medici in turno, con arrotondamento effettuato in difetto.
   Trattandosi di reperibilità domiciliare ai soli fini della copertura di turni in occasione di esigenze impreviste, durante l'intervallo di tempo che intercorre tra l'attivazione del reperibile ed il suo arrivo al Presidio verrà attivato l'istituto della Pronta Disponibilità di cui al successivo articolo.
2. Nelle more dell'attivazione del servizio di reperibilità, per le assenze inferiori ai 9 giorni, l'Azienda contatta prioritariamente i Medici titolari del Presidio interessato; in caso di indisponibilità di questi ultimi, l'Azienda provvede alla sostituzione a norma dell'art. 70 dell'ACN.

Art. 34 – Pronta disponibilità

Qualora il Medico di C.A., al di fuori degli orari di reperibilità, sia impedito, per cause di forza maggiore, ad effettuare o a continuare il proprio turno di servizio, dopo aver provveduto, con i mezzi più opportuni (avviso scritto per i pazienti, messaggio in segreteria telefonica, trasferimento di chiamata), ad avvisare l'utenza, può allertare il Medico del presidio più vicino, il quale sarà tenuto ad assicurare gli interventi di urgenza nel Comune rimasto scoperto. A quest'ultimo spettano, aggiuntivamente, i normali compensi rapportati alla durata della sua pronta disponibilità, e che, ovviamente, sono trattenuti nella misura corrispondente al Medico che si è trovato nell'impossibilità di assicurare il servizio.

Art. 35 – Trattamento economico (Art. 72 ACN del 23 marzo 2005)

1. Ad integrazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 72 dell'ACN, spettano al Medico di Continuità Assistenziale i seguenti compensi:

- **€ 4,00** ad ora quale indennità per i rischi derivanti dalla peculiarità del servizio svolto.

- **€ 0,50** ad ora per usura della macchina qualora si utilizza il proprio automezzo.

- **€ 20,00** per ogni accesso per le cure prestate a pazienti inseriti in ADI; per la partecipazione all'unità di valutazione per la definizione del PIT spetta un compenso forfettario di € **55,00**.

- **€ 12,00** per ciascun turno di reperibilità domiciliare; il compenso per la reperibilità domiciliare effettuata in occasione delle grandi festività viene raddoppiato.

- Per i compiti di cui ai punti 3 e 4 dell'art. 30 del presente accordo, verrà corrisposto al Medico Referente un compenso mensile di **€ 160,00.**

- Per l'assistenza resa alla popolazione in età pediatrica (0-14 anni) è previsto un compenso aggiuntivo orario di € 0,50.

2. Per i compiti previsti all'art. 30 comma 1 è previsto un compenso forfetario mensile di **€ 40,00**.
3. Spetta, inoltre, al Medico di C.A., ove sia fornito di supporto informatico, un'indennità informatica, il cui ammontare sarà oggetto di contrattazione aziendale.
4. Per le prestazioni rese a cittadini non residenti nella Regione Basilicata il compenso relativo viene equiparato a quanto previsto per le visite occasionali di cui all'art. 57 dell'ACN. Le modalità attuative saranno definite in sede di Comitato Aziendale entro e non oltre 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo.
5. Al Medico di C.A. che effettua turni di servizio in occasione di festività di particolare rilevanza, come di seguito specificato, viene riconosciuto un compenso aggiuntivo forfetario di € **50,00**:

   1° Gennaio - 6 Gennaio – Pasqua - Pasquetta. **– 25 Aprile** - 1° Maggio **– 2 giugno** - 15 Agosto – 1 Novembre - 8 Dicembre - 24 Dicembre – 25 Dicembre – 26 Dicembre – 31 Dicembre – Festività Patronale.

Art. 36 – Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi
(Art. 73 ACN del 23 marzo 2005)

1. L'Azienda assicura i Medici di C.A. contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, secondo i massimali stabiliti dal medesimo articolo dell'ACN e comprendente i danni subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per giungere o rientrare dalle sedi di destinazione per lo svolgimento dell'orario addizionale nonché dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dall'ACN.
2. Le relative polizze sono stipulate, sentito il parere dei sindacati firmatari del presente Accordo.
3. Il medico inabile allo svolgimento dei propri compiti istituzionali viene adibito a differenti servizi nell'ambito delle attività aziendali.

CAPO V L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 37 - Massimale orario (Art. 93 ACN del 23 marzo 2005)

1. Al fine di salvaguardare il livello qualitativo del servizio, gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda e comportano l'esclusività del rapporto.
2. L'azienda, eccezionalmente e per un massimo di mesi dodici non rinnovabili, può conferire incarichi provvisori ai sensi dell'art. 97, comma 4 dell'ACN, oltre che per 38 ore settimanali anche a tempo parziale (12 o 24 h): in tale caso lo svolgimento di altre attività compatibili comporta la riduzione di queste in misura corrispondente all'eccedenza in modo che l'orario complessivo non superi le 38 ore settimanali.
3. Il medico di 118 ha diritto ad usufruire di sospensione anche parziale del proprio rapporto, con sua sostituzione anche part-time, nei termini di cui all'art. 18, commi 2, 3 e 4 dell'ACN.
4. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Per ragioni eccezionali e contingenti, specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, previa acquisizione della disponibilità da parte del Medico, l'attività continuativa può superare le 12 ore, senza mai comunque oltrepassare le 18 ore.
5. I turni di servizio vengono mensilmente redatti dal Medico Referente del Presidio secondo il principio dell'equità distributiva e da questi trasmessi all'Azienda ed alla Centrale Operativa.

Art. 38 - Incarichi provvisori fase sperimentale

Attese le specifiche esigenze professionali del servizio e la necessità di assicurare una continuità dello stesso, relativamente alla durata degli incarichi provvisori e sino al conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale, le Aziende, in deroga al disposto di cui al comma 2 del precedente articolo, nonché al disposto dell'art. 28, comma 1 lett. d), del presente Accordo, procedono alla proroga degli incarichi in corso.

Art. 39 - Riposo annuale. Sospensione del rapporto. Assenze retribuite.

1. Al Medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo (da ora ferie) pari a 30 giorni lavorativi. Le ferie costituiscono un diritto irrinunciabile per il Medico e non sono monetizzabili. Le ferie devono essere fruite nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste di ciascun Medico; pertanto, la fruizione delle ferie da parte dei Medici deve rispondere ai seguenti principi:
   a) Le ferie sono fruite, anche frazionatamene, nel corso dell'anno solare in periodi programmati sulla base delle indicazioni del Medico interessato e nel rispetto dell'assetto organizzativo del servizio.
   b) In relazione alle esigenze connesse all'incarico conferitogli, al Medico è consentito il godimento in maniera continuativa di almeno 15 giorni di ferie nel periodo tra il 1° Giugno ed il 30 Settembre.
   c) Qualora le ferie già in godimento debbano essere interrotte o sospese per motivi di servizio, il Medico ha diritto al rimborso delle spese documentate per il rientro in sede e

per quello di eventuale ritorno al luogo dello svolgimento delle stesse, oltre ad un'indennità aggiuntiva di missione per la durata del medesimo viaggio. Il Medico ha diritto, inoltre, al rimborso delle spese anticipate e documentate per il periodo di ferie non goduto.

d) Nell'ipotesi in cui, per inderogabili ed indifferibili esigenze di servizio, il Medico non sia stato in grado di godere delle ferie nel corso dell'anno solare di riferimento, esse dovranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo.
e) Le ferie sono sospese da eventuali malattie sopravvenute durante il godimento delle stesse e che si siano protratte per più di tre giorni o abbiano dato luogo a ricovero ospedaliero. Il Responsabile del Servizio deve essere tempestivamente informato di tale circostanza e deve ricevere la relativa documentazione medica, onde essere in grado di poter fare esercitare all'Azienda il diritto di accertamento della malattia del sanitario.
f) Le assenze del Medico per malattia o infortunio non riducono il periodo di ferie spettanti, anche se tali assenze si siano protratte per l'intero anno solare. In tale ipotesi, il godimento delle ferie avverrà anche oltre il primo quadrimestre dell'anno successivo.

2. Fatto salvo quanto previsto in materia di sospensione del rapporto dall'art. 18. e, limitatamente al godimento dei diritti sindacali, dall'art. 21 dell'A.C.N, il Medico del 118 ha diritto ad assentarsi nei seguenti casi:

senza diritto a retribuzione:

a) Per partecipazione a concorsi o esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove.
b) Per partecipazione a Convegni, Congressi o Corsi di aggiornamento e/o perfezionamento in relazione alla formazione continua ed al debito formativo di cui alle disposizioni legislative correnti (eventi accreditati ECM) per un massimo di dieci giorni all'anno.
c) Per gravi e documentati motivi personali e familiari, fino ad un massimo di 10 giorni all'anno.

con conservazione della retribuzione:

a) A causa di lutto per il coniuge, per il convivente, per affini entro il primo grado e per parenti entro il secondo grado, per un periodo massimo di tre giorni l'anno (19 ore);
b) Per matrimonio per un periodo di 15 giorni consecutivi (82 ore).

Art. 40 - Compiti del Medico (Art. 78 ACN del 23 marzo 2005)

1. Il Medico di emergenza territoriale svolge i seguenti compiti istituzionali nell'ambito del territorio coperto dalla centrale operativa regionale:

   a) Interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa.
   b) Attività assistenziali ed organizzative in occasione di maxiemergenze ed eventi calamitosi.
   c) Attività presso la centrale operativa, dove svolge anche funzioni organizzative e di coordinamento del servizio.

2. Oltre ai compiti di cui al comma precedente, i Medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, in turnazione dedicata, possono:

   a) Essere impegnati, nell'ambito della propria sede di servizio o, previa acquisizione di disponibilità da parte dei singoli sanitari, anche presso altre sedi delle Aziende di appartenenza, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali e nelle strutture di

Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri facenti parte dei Dipartimenti di emergenza e urgenza.

b) Al fine di una maggiore integrazione, i Medici di Emergenza Sanitaria assegnati alle Postazioni Territoriali di Soccorso, sulla base di una loro disponibilità, possono svolgere parte del proprio orario di lavoro, nella concorrenza del proprio massimale orario mensile, presso la C.O. unica regionale.
c) Essere utilizzati per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
d) Essere impegnati in trasferimenti assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate.
e) Operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa ed ala rotante.

3. In relazione alle specifiche competenze richieste, per l' attività di cui al punto c) del comma 1 rimangono fermi i percorsi formativi e di reclutamento già individuati dai precedenti Accordi Regionali. L'attività di cui al punto e) del comma 2 è subordinata ad una dichiarazione di disponibilità da parte dei Medici interessati.
4. Per ciascun PTS viene individuato dal dirigente di "Basilicata Soccorso" un Medico Referente con funzioni di coordinatore del presidio. La nomina ha durata annuale e rinnovabile. Il Medico Referente relaziona con "Basilicata Soccorso"; redige mensilmente i turni di guardia attiva, secondo il principio dell'equità distributiva, e li trasmette alla Centrale Operativa ed all'Azienda Sanitaria di appartenenza; acquisisce dati statistici relativi all'attività svolta nel presidio e coordina, di intesa con la Centrale Operativa, la programmazione di audit periodici.
5. In caso di cambi turno tra sanitari dello stesso presidio, questi sono tenuti a darne tempestiva comunicazione scritta, anche mezzo fax, al Responsabile del Servizio dell'Azienda ed a notificarlo al Medico Referente, il quale, in maniera puntuale all'inizio di ciascun mese, trasmetterà alla C.O. ed alla A.S.L. di appartenenza il prospetto dei turni definitivi svolti nel mese precedente.
6. Per i compiti propri della funzione, viene corrisposta al Medico Referente un'indennità di funzione pari a **€ 200,00** mensili.
7. In relazione ad una eventuale rimodulazione dei P.T.S., in attuazione delle previsioni dell'art. 12 comma 6 Legge Regionale n. 21/99, i Medici, previa acquisizione delle loro preferenze, potranno essere impegnati in altre sedi dell'Azienda Sanitaria di appartenenza.

Art. 41 - Competenze delle Aziende

1. L'Azienda è tenuta a fornire ai Medici impegnati nel servizio di Emergenza Sanitaria territoriale con cadenza annuale il vestiario invernale ed estivo conforme alla normativa vigente in materia di antinfortunistica.
2. L'Azienda fornisce ciascuna postazione dei farmaci e dello strumentario tecnico necessari agli interventi propri dell'attività di Emergenza.
3. L'Azienda garantisce che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta dei Medici e nel rispetto della vigente normativa.
4. Al fine di una ottimizzazione del Servizio, le Aziende, nei termini di cui al successivo articolo, hanno il compito di quantificare annualmente il proprio fabbisogno di organico e di comunicarlo alla Regione.

Art. 42 - Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza territoriale

(Art. 96 ACN del 23 marzo 2005)

1. La Regione organizza almeno una volta l'anno corsi specifici per l'acquisizione dell'Attestato di Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza.

2. A tal fine le Aziende Sanitarie UU.SS.LL., entro il 30 Giugno di ciascun anno, quantificano il proprio fabbisogno di personale Medico da inserire nel servizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.
3. Data la peculiarità del servizio di emergenza ed attese le specifiche esigenze di formazione individuate dalla Regione Basilicata, si conviene che i percorsi formativi per il conseguimento dell'Attestato di cui all'art. 96 dell'ACN conseguiti presso altre Regioni sino alla vigenza del 484/96, saranno valutati dal Direttore di Basilicata Soccorso.

Art. 43 – Sostituzioni. Incarichi provvisori. Reperibilità
(Art. 97 ACN del 23 marzo 2005)

1. Fermo restante che i Medici di Emergenza Territoriale dipendono funzionalmente da "Basilicata Soccorso" ed atteso l'obbligo da parte del Medico di dover comunicare al Responsabile di "Basilicata Soccorso" ed al Responsabile del servizio dell'Azienda ogni eventuale impossibilità ad assicurare i propri turni, qualora, per cause impreviste, non sia in grado di farlo per tempo, contatta la Centrale Operativa affinché essa, utilizzando i Medici di cui al successivo comma, provveda alla sostituzione.
2. Considerate le peculiarità del servizio di emergenza territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al servizio stesso, per eventuali assenze impreviste ed improvvise, vengono organizzati in ciascuna postazione turni di reperibilità domiciliare di 12 ore.
3. Il Medico in reperibilità, ove attivato, deve raggiungere la sede di servizio entro un tempo max di 30 min.
4. Per ciascun turno mensile di reperibilità domiciliare viene corrisposta ai Medici di Emergenza un'indennità pari a quella già percepita dal personale dipendente per il medesimo istituto.
5. Per le circostanze di cui all'art. 18 dell'ACN si deve provvedere ad incarico provvisorio secondo le modalità previste dall'art. 97 dell'ACN.

Art. 44 - Trattamento Economico (Art. 98 ACN del 23 marzo 2005)

1. Ai Medici impegnati nel servizio di emergenza spetta il trattamento economico di cui all'art. 98 dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005.
2. Per le peculiarità del servizio svolto, relativamente alla tipologia altamente usurante dello stesso nonché al rischio che esso comporta, gli emolumenti di cui al precedente comma sono integrati di **€ 1.500,00** mensili quale quota omnicomprensiva per incarichi a 38 ore settimanali, proporzionalmente ridotta per incarichi a 12 e/o 24 h. A partire dal 1 giugno 2008, tale integrazione sarà di € **1.550,00** mensili.
3. Per la disponibilità a svolgere l'attività di cui all'art 41, comma 2 punti a) c) d), acquisita con atto formale dalle Aziende, viene corrisposto al Medico di Emergenza un compenso orario forfetario pari a **€ 2,00**. Qualora il medico venga impegnato, secondo le modalità di cui al punto a) comma 2) art. 41, presso altre sedi dell'ASL di appartenenza, per ciascun turno di 12 h effettuato gli verrà corrisposta l'indennità di missione.
4. Qualora il Medico venga impegnato, secondo le modalità di cui al punto a) comma 2 art 41, presso altre sedi dell'ASL di appartenenza, gli verrà corrisposta l'indennità chilometrica. Stessa indennità spetta al Medico di Centrale Operativa impegnato fuori sede per attività istituzionali. Si considerano valide solo le distanze superiori ai 10 km.
5. Per l'attività di cui all'art 41 punto e), comma 2 spetta al Medico di Emergenza un'indennità pari a quella già prevista per analoghi ruoli al personale dipendente.

6. Per ciascun turno di lavoro svolto in occasione di superfestività (1/11 - 8/12 – 24/12 –25/12 –26/12 – 31/12 – 01/01 – 06/01 – 25/04 - 01/05 – 02/06 - 15/08 –Pasqua – Pasquetta – Festività Patronale) spetta una quota aggiuntiva di € **80,00.**

7. Per ciascun turno di servizio svolto in orario notturno spetta al Medico un'indennità pari a **€ 25,00**. Stessa indennità spetta al Medico per il servizio prestato in occasione di festività, escluso le ricorrenze altrimenti retribuite ai sensi del precedente comma 8.

Art. 45 – Progetto obiettivo

Ai Medici del servizio di Emergenza Sanitaria in analogia con quanto previsto dall'art. 16 comma 10 della legge regionale n° 21/99 per i diversi ruoli del personale dipendente, saranno riconosciuti compensi aggiuntivi in funzione degli obiettivi assegnati attraverso progetti obiettivo definiti dal Dirigente di "Basilicata Soccorso".

Art. 46 - Aggiornamento professionale obbligatorio

1. Attese le esigenze professionali del servizio e la necessità di un aggiornamento continuo e puntuale, per i Medici addetti al servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale è prevista l'obbligatorietà di un aggiornamento pari 60 ore annuali.
2. L'aggiornamento avviene a livello regionale per garantire l'uniformità del modello in essere. Il ricorso all'aggiornamento in realtà extraregionali o all'estero dovrebbe rivestire carattere di eccezionalità.
3. Per ulteriori esigenze formative e su proposta del Dirigente di Basilicata Soccorso il Medico di Emergenza Sanitaria può essere autorizzato dall'Azienda di appartenenza partecipare a stage formativi presso centri, istituti nazionali ed internazionali.
4. Si conviene sull'opportunità di consentire ai Medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, mediante idonee convenzioni con le Università, di poter essere iscritti alle scuole di specializzazione di cui D.Lvo n. 257/91 e D.Lvo n. 368/99.

Art. 47 - Assicurazione per i rischi derivanti dagli incarichi
(Art. 99 ACN del 23 marzo 2005)

1. Le Aziende, ai sensi dell'art. 99 dell'ACN, commi 3, 4 e 5, provvedono ad assicurare i Medici contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività, compresa la copertura in itinere per e dalla sede di servizio, nonché per raggiungere o rientrare dalla sede dei comitati o delle commissioni previsti dall'ACN.
2. L'Azienda provvede, inoltre, ad assicurare i Medici per i danni subiti da terzi (RCT) nel corso della propria attività di istituto.
3. La polizza, per ciascun sanitario del servizio di Emergenza-Urgenza, deve risultare attiva all'inizio dell'incarico.
4. Le polizze assicurative di cui al presente articolo sono stipulate sentito il parere dei sindacati firmatari del presente accordo.

NORMA FINALE n. 1

Il presente accordo integrativo regionale produce effetti giuridici ed economici sino alla data di adozione del nuovo accordo regionale.

NORMA FINALE n. 2

Su tutte le indennità aggiuntive previste dal presente accordo integrativo, le Aziende provvederanno nei tempi e nelle modalità previste dagli articoli 60 (commi 1, 2 e 3), 72 (comma 3) e 99 (comma 1) a versare un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

NORMA FINALE n. 3

Entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo le Aziende potranno presentare i progetti sperimentali relativi all'UTAP in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 10 lettera A comma 7 e 8.

NORMA FINALE n. 4

Entro il 28 febbraio di ogni anno le parti si impegnano ad effettuare una verifica dell'efficacia normativa e della sostenibilità economica del presente accordo.

NORMA FINALE n. 5

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo le prestazioni sanitarie non differibili di cui all'art. 67 dell'ACN devono essere definite dal Comitato Regionale di cui all'art. 22 dell'ACN del 2005.

NORMA FINALE n. 6

Le parti impegnano le Aziende affinché nell'ambito delle convenzioni con la Banca Tesoreria venga introdotto la clausola di "VALUTA COMPENSATA" e che i compensi siano corrisposti al netto delle spesa.

NORMA FINALE n. 7

Relativamente alla Medicina dei Servizi le parti si impegnano a definire, entro 12 mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo, i compiti e i doveri del medico e la libera professione ai sensi dell'art. 14 e 78 dell'ACN 2005.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1

Le OO.SS. auspicano la Regione che nella fase di elaborazione del Sistema ECM regionale individui in un Centro Formativo Regionale il modello organizzativo idoneo ad assicurare l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2

Si ribadisce che nel rispetto del comma 3 lettera a) art. 6 L.R. n. 21 del 3 agosto 1999 la Centrale Operativa fornisce i consigli più appropriati per patologie che non rivestono caratteristiche di emergenza né di urgenza (codice bianco), **indirizzando eventualmente** il paziente al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta nelle ore diurne, o ai servizi di Continuità Assistenziale indicandone la ubicazione.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 3

La CGIL-FP ritiene che per le specifiche competenze ed esigenze di formazione richieste per il compito previsto al comma 1 lettera a) dell'art. 95 dell'ACN, relativo all'Emergenza e precisamente per l'assistenza a bordo di ambulanze, non possono essere utilizzati i medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 4

Lo SNAMI, presente alle trattative sull'accordo integrativo in qualità di uditore, in quanto non firmatario a livello nazionale dell'accordo, dichiara di condividere il lavoro svolto ed accettare il testo sottoscritto dalle parti.

Indice

Capo I. Principi Generali.

Art. 1 - Campo di applicazione
Art. 2 - Graduatoria Regionale
Art. 3 - Titoli per la formazione delle graduatorie
Art. 4 - Formazione continua
Art. 5 - Diritti sindacali
Art. 6 - Rappresentatività sindacale
Art. 7 - Comitato aziendale
Art. 8 - Osservatorio consultivo permanente
Art. 9 - Programmazione e monitoraggio delle attività
Art. 10 - Equipes territoriali ed UTAP
Art. 11 - Appropriatezza delle Cure e dell'uso delle risorse
Art. 12 - Esercizio del diritto di sciopero
Art. 13 - Assistenza ai turisti

Capo II. L'Assistenza Primaria

Art. 14 - Rapporto ottimale
Art. 15 - Instaurazione del rapporto convenzionale
Art. 16 - Incarichi provvisori
Art. 17 - Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza
Art. 18 – Apertura degli studi medici. Attività integrative di assistenza
Art. 19 - Rapporti fra il medico di famiglia e l'ospedale
Art. 20 - Assistenza farmaceutica e modulario
Art. 21 - Assistenza domiciliare programmata - Residenzialità
Art. 22 - Forme associative dell'assistenza primaria

Art. 23 - Visite occasionali
Art. 24 - Trattamento economico
Art. 25 – Progetto LUMIR – LUcania Medici In Rete

Capo III La continuità assistenziale

Art. 26 - Criteri generali
Art. 27 - Rapporto ottimale
Art. 28 - Massimali
Art. 29 - Assenze giustificate
Art. 30 - Compiti del medico
Art. 31 - Organizzazione del servizio
Art. 32 - Competenze delle Aziende
Art. 33 - Organizzazione della reperibilità
Art. 34 - Pronta disponibilità
Art. 35 - Trattamento economico
Art. 36 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

Capo V L'emergenza sanitaria territoriale

Art. 37 - Massimale Orario
Art. 38 - Incarichi provvisori, fase sperimentale
Art. 39 - Riposo annuale. Sospensione del rapporto. Assenze retribuite
Art. 40 - Compiti del Medico
Art. 41 - Competenze delle Aziende
Art. 42 - Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza
Art. 43 - Sostituzioni, Incarichi Provvisori – Reperibilità
Art. 44 - Trattamento economico
Art. 45 - Progetto obiettivo
Art. 46 - Aggiornamento professionale obbligatorio
Art. 47 – Assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico.

Norme finali e dichiarazioni a verbale.