

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA MEDICINA REGIONALE

15 NOVEMBRE 2001

Premesso che l'art. 73 del D.P.R. 28.7.2000 n. 270: "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" prevede la contrattazione a livello regionale per la definizione e la stipula degli Accordi Regionali;

Considerato che le trattative a livello regionale con le OO.SS. maggiormente rappresentative dei medici di medicina generale sono tuttora in atto;

Considerata la necessità di una immediata valorizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso il potenziamento delle attività professionali dei medici di medicina generale e assistenza primaria anche attraverso l'organizzazione della medicina in forma associata e delle altre modalità di lavoro finalizzate al miglioramento dell'assistenza, al fine di consentire il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle attività distrettuali delle Aziende;

Considerata inoltre la necessità di una immediata valorizzazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale, ritenendo fondamentale l'utilizzo corretto ed appropriato della loro attività anche in considerazione del loro coinvolgimento nel programma delle attività distrettuali;

Nelle more della definizione e della stipula degli Accordi Regionali;

La Regione Liguria, rappresentata dall'Assessore regionale alla Sanità

Le Aziende Sanitarie Locali, rappresentate dai rispettivi Direttori Generali

Le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale

L'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, per gli aspetti deontologici

Concordano quanto segue

Articolo 1 – Oggetto dell'accordo

Ai sensi dell'articolo 73 del D.P.R. 270/2000 il presente accordo definisce :

- i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale, in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale,
- gli aspetti dell'organizzazione della medicina in forma associata e delle altre modalità di lavoro finalizzate al miglioramento dell'assistenza,
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle attività distrettuali delle Aziende.

L'accordo fornisce inoltre indicazioni :

- per il rispetto dei livelli di spesa programmati
- per la partecipazione dei medici di medicina generale alle strategie aziendali miranti alla riduzione dei ricoveri impropri, all'appropriatezza delle prestazioni indotte, alla riduzione delle liste di attesa e dei volumi della spesa farmaceutica.
- per la formazione continua del medico di medicina generale.

L'amministrazione regionale, in conformità agli indirizzi nazionali, stabilisce le linee di coordinamento e la programmazione generale delle aree tematiche, con il coinvolgimento delle Aziende e delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative e definisce le linee guida degli accordi aziendali al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale, in particolare per quanto riguarda :

- a) ambito e tempi di riferimento

- b) obiettivi assistenziali e strumenti operativi
- c) modelli di distrettualizzazione
- d) modelli di valutazione ed effetti temporali.

Articolo 2 - Funzionalità dei Distretti

Sulla base delle linee di indirizzo per la redazione del Piano Sociosanitario regionale il Distretto, all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale, assume il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria extra-ospedaliera e si pone come centro di riferimento ed accesso per il cittadino ai servizi sanitari e sociosanitari.

I Direttori Generali delle Aziende si impegnano ad attivare le iniziative necessarie alla costituzione dei Distretti definite nell'Atto di Autonomia Aziendale, ed a valorizzare, all'interno dell'organizzazione distrettuale, il ruolo dei medici di medicina generale quali interlocutori principali per l'accesso ai servizi sociosanitari e per la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento, previ accordi specifici.

Articolo 3 – Elementi conoscitivi e valutazione della spesa per la programmazione regionale, aziendale, distrettuale

Viene riconosciuta l'esigenza di conoscere e valutare la spesa sanitaria globale per definire specifici obiettivi e programmi di attività miranti a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

La Regione si impegna ad individuare criteri uniformi ed omogenei per la rilevazione delle seguenti voci di spesa :

- spesa per attività specialistica e diagnostic a
- spesa farmaceutica
- spesa per ricoveri ospedalieri,
- spesa per ricoveri in RSA ovvero in strutture residenziali e semiresidenziali
- spesa per prestazioni integrative dell'assistenza primaria
- spese per trasporti
- spese per interventi di pronto soccorso, continuità assistenziale ed emergenza territoriale
- spese per soggetti disabili
- spesa per prestazioni indotte da altre componenti sanitarie.

Ciascuna Azienda rileva tali elementi di spesa secondo le modalità tecniche che riterrà opportune, uniformandosi a criteri omogenei regionali e riportando gli stessi al Comitato Permanente Regionale ed ai rispettivi Comitati Aziendali.

Articolo 4 – Verifica e controllo di tutte le prescrizioni farmaceutiche e le prestazioni diagnostiche e sanitarie

Il Comitato Permanente Regionale si impegna a proporre idonee iniziative volte ad uniformare modalità e tempi delle verifiche aziendali relative alle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, con particolare riferimento a quelle soggette a note CUF.

Articolo 5 – Rapporti tra medici di medicina generale e personale medico dipendente

Al fine di garantire una corretta applicazione dell'accordo collettivo nazionale della medicina generale ed una puntuale valutazione dei costi sanitari determinati dall'assistenza sanitaria di base e dalla medicina di secondo livello, ciascuna Azienda si impegna a vigilare sull'attuazione delle disposizioni che regolano i rapporti tra i medici di medicina generale, i medici dipendenti, gli specialisti convenzionati ed i soggetti accreditati, ed a sburocratizzare le rispettive competenze per facilitare la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, anche con il coinvolgimento diretto degli Ordini Provinciali dei Medici.

Articolo 6 – Forme dell'associazionismo medico

Alle forme associative viene attribuito un importante ruolo, nel facilitare l'accesso alla medicina generale ed ai servizi aziendali e distrettuali, nel garantire maggiore qualità degli stessi, nella sperimentazione di nuove forme integrate assistenziali, nel condividere percorsi e linee guida diagnostico-terapeutiche, rispettando l'autonomia professionale dei singoli medici.

Per garantire una agevole e puntuale applicazione delle forme associative previste e disciplinate dall'articolo 40 del D.P.R. 270/2000, volta ad assicurare la diffusione omogenea ed uniforme sul territorio regionale di un migliore livello di assistenza e delle incentivazioni economiche previste per i medici associati, le percentuali indicate alla lettera B2 dell'articolo 45 dovranno essere riferite al numero degli assistibili in ciascun ambito aziendale. A tal fine le Aziende dovranno considerare i dati utilizzati per il calcolo delle zone carenti, tenuto conto della popolazione residente ultraquattordicenne.

La Regione Liguria intende promuovere la più ampia diffusione della medicina di gruppo e della medicina in rete, che garantiscono forme di assistenza più qualificata per l'utenza.

La medicina in associazione verrà riconosciuta fino alla concorrenza della percentuale massima pari al 40% degli assistibili a livello aziendale. Eventuali richieste di superamento della percentuale provenienti dalle Aziende dovranno essere sottoposte alla valutazione del Comitato Regionale Permanente.

Ogni forma associativa prevista dall'articolo 40 del D.P.R. 270/2000 dovrà esporre nelle rispettive sedi e studi medici la propria "carta dei servizi", concordata con l'Azienda, che contenga almeno le seguenti indicazioni :

- numero e nominativi dei componenti
- orari e sedi degli ambulatori
- modalità di accesso alle prestazioni fornite
- modalità organizzative in caso di sostituzione.

A livello aziendale potranno essere adottate ulteriori modalità di informazione degli assistiti.

Le Aziende potranno inoltre concordare con le associazioni dei medici convenzionati particolari protocolli assistenziali relativi a patologie diffuse destinando le risorse conseguentemente risparmiate, per effetto della soppressione di analoghe forme di monitoraggio operanti all'interno delle strutture aziendali o per diminuzione dei ricoveri impropri, a servizi destinati ai medici associati.

Per la corresponsione dei compensi arretrati previsti dall'accordo nazionale per la medicina in associazione le parti concordano la decorrenza dalla data di presentazione della domanda a partire comunque dall'entrata in vigore del D.P.R. 270/2000.

Per la liquidazione dei compensi arretrati previsti dall'accordo nazionale per le medicine di gruppo e le medicine in rete le parti concordano la decorrenza dalla data di presentazione della domanda a partire comunque dal 1 gennaio 2000.

Le forme associative (art. 40 dell'ACN) di tipo societario e/o loro consorzi, regolarmente costituiti secondo le norme del diritto societario, rappresentano un importante interlocutore regionale, aziendale e distrettuale per la progettazione, la gestione, l'erogazione di prestazioni socio – sanitarie assistenziali anche complesse (domiciliarità delle cure, centri diurni, ospedali di comunità, RSA a basso peso di medicalizzazione, forme integrate nella continuità assistenziale, assicurazioni sanitarie integrative, ecc).

Nulla osta a che tali forme associative collaborino con i vari enti pubblici e locali nell'erogazione delle cure primarie.

Articolo 7 Privacy

Il medico di famiglia gode di una autorizzazione preventiva del Garante per la Protezione dei Dati Sensibili al trattamento dei dati sanitari dei pazienti, che non è estensibile ad altri medici ed altri operatori sanitari pubblici e privati.

La convenzione per la medicina generale fissa tra i presupposti delle varie forme della medicina associativa la possibilità di accesso ai dati degli assistiti per tutti gli associati e l'ipotesi di consenso tacito dell'interessato al trattamento dei propri dati sensibili è categoricamente esclusa, come sono escluse le ipotesi di consenso verbale o di silenzio assenso o ancora di consenso collettivo.

Vista la normativa vigente in ordine alla disciplina dei dati personali, con particolare riferimento agli articoli della legge n. 675/96 e del decreto legislativo n. 282/99, relativi ai dati idonei a rivelare lo stato di salute dei cittadini, ciascun medico si impegna a tutelare i propri assistiti

dagli effetti nocivi che potrebbero derivare loro dalla acquisizione, utilizzazione e circolazione delle informazioni secondo le moderne tecnologie delle comunicazioni attraverso le banche dati e l'informatica in generale.

Nelle ipotesi previste dall'articolo 40 dell'accordo collettivo nazionale (medicina in rete, medicina di gruppo e medicina in associazione), che comportano l'adozione di supporti tecnologici e strumentali comuni e l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione, l'informativa di cui all'articolo 10 della legge n. 675/96, effettuata dal medico di medicina generale scelto dall'assistito sarà riferibile a più titolari del trattamento (in primo luogo ai medici associati nonché agli specialisti e alle altre figure professionali non mediche di struttura sanitaria pubblica, accreditata e privata) ed il consenso prestato dall'assistito ai sensi dell'articolo 11 della legge n. 675/96 sarà pienamente valido nei confronti di tutti i titolari medesimi.

Ciascun medico di medicina generale sarà tenuto ad ottenere il consenso di cui sopra dagli assistiti, adottando a tal fine apposito modulo informativo da far sottoscrivere all'assistito il quale si rechi presso lo studio, richiedendo prestazioni mediche anche specialistiche e/o prescrizioni di farmaci.

Il consenso informato sarà parte integrante della scheda anagrafica sanitaria regionale e come tale inserito negli elenchi riepilogativi forniti dal gestore dell'anagrafe sanitaria regionale.

Consenso al trattamento dei dati sensibili ai fini della legge 31.12.1996 n. 675
(da compilarsi a cura del paziente)

Il sottoscritto

_____ nato a _____
il _____ residente _____
tessera sanitaria _____ codice fiscale _____
assistito dal dott. _____ codice regionale _____
e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge n. 675/96 concernente la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

AUTORIZZA

Lo stesso e, in sua assenza, i sostituti ed i medici associati a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura.

Inoltre AUTORIZZA/NON AUTORIZZA (cancellare la voce che non interessa)

Il proprio medico ed i medici facenti parte della medicina di gruppo, in rete o in associazione, ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Inoltre il sottoscritto acconsente o non acconsente (barrare le caselle interessate) :

	SI	NO
1. al trattamento dei dati sensibili da parte di personale medico e di studio e di altre figure professionali dipendenti della ASL		
2. alla prenotazione di indagini cliniche, alla ricezione di referti clinici e cartelle cliniche, per via telematica da · strutture sanitarie pubbliche · strutture sanitarie accreditate · strutture sanitarie private		
3. alla trasmissione informatica di ricette mediche, gestite solo dal medico di fiducia, associati o sostituti, a strutture pubbliche, convenzionate e private, onde alleviare i disagi del paziente all'acquisizione del farmaco		

che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute alle persone sotto indicate :

- 1) _____
2) _____

**Inoltre il sottoscritto
ACCONSENTE**

al ritiro della propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche) alle persone sotto indicate :

- 1) _____
2) _____

firma dell'interessato
(o del genitore se minore di età)

data,

Articolo 8 – Indennità per il collaboratore di studio

La percentuale del 25% prevista per la corresponsione dell'indennità di collaboratore di studio ai sensi dell'articolo 45 lettera B4 si intende riferita al numero degli assistibili in ambito aziendale, considerando i dati utilizzati al fine del calcolo delle zone carenti della popolazione residente ultraquattordicenne avente diritto ai sensi del successivo art. 14.

Fatta salva la corresponsione dell'indennità ai medici che già percepivano tale compenso ai sensi del precedente accordo regionale, i medici interessati, individualmente, presenteranno apposita istanza all'Azienda di appartenenza, allegando copia del contratto di lavoro del collaboratore di studio o dichiarazione dell'ente che fornisce lo stesso.

Le Aziende potranno concedere l'indennità per il collaboratore di studio medico superando la percentuale del 25%, sulla base di appositi progetti obiettivo, approvati dai Comitati Aziendali, nei quali siano previste idonee modalità organizzative per il miglioramento del servizio agli assistiti ed appropriati indicatori per la valutazione dei risultati raggiunti, dando priorità a tutte le forme associative previste dall'art. 40 del D.P.R. 270/2000.

Alla percentuale del 25% non concorrono le Medicine di Gruppo che hanno comunque il diritto all'indennità per il collaboratore di studio, previa richiesta alle Aziende. Si concorda che per le stesse la presenza del collaboratore di studio deve essere garantita per un minimo di 5 ore per ciascun medico partecipante con il tetto massimo di 30 ore settimanali.

Le ASL verificano annualmente gli elenchi dei MMG che percepiscono l'indennità di collaboratore di studio e si impegnano all'aggiornamento delle graduatorie per l'eventuale inserimento degli esclusi.

Articolo 9 – Indennità per personale infermieristico

La percentuale del 5% prevista per la corresponsione dell'indennità di personale infermieristico ai sensi dell'articolo 45 lettera B5 si intende riferita al numero degli assistibili in ambito aziendale, considerando i dati utilizzati al fine del calcolo delle zone carenti sulla popolazione residente ultraquattordicenne avente diritto ai sensi del successivo art. 14.

Le ASL verificano annualmente gli elenchi dei MMG che percepiscono l'indennità di personale infermieristico e si impegnano all'aggiornamento delle graduatorie per l'eventuale inserimento degli esclusi.

Le Aziende potranno concedere l'indennità per il personale infermieristico superando la suddetta percentuale del 5%, sulla base di appositi progetti obiettivo, approvati dai Comitati Aziendali, nei quali siano previste idonee modalità organizzative per il miglioramento del

servizio agli assistiti ed appropriati indicatori per la valutazione dei risultati raggiunti, dando priorità a tutte le forme associative previste dall'art. 40 del D.P.R. 270/2000.

I medici interessati, individualmente, presenteranno apposita istanza all'Azienda di appartenenza allegando copia del contratto di lavoro stipulato con il personale infermieristico o con l'ente che lo fornisce, dal quale risulti l'impegno orario.

Alla percentuale del 5% non concorrono le medicine di gruppo che hanno comunque diritto all'indennità per personale infermieristico, previa richiesta alle Aziende.

Le parti si impegnano ad individuare opportuni indicatori di risultato che serviranno per una valutazione a sei mesi dall'approvazione del presente Accordo.

Articolo 10 – Indennità per organizzazione del servizio ambulatoriale

A fronte della migliore organizzazione del servizio di assistenza ambulatoriale, che potrà essere garantito dai medici di medicina generale con l'introduzione di sistemi di prenotazione delle di visite o con la realizzazione di "ambulatori per patologia" in giorni particolari, dedicati alla visita ed al monitoraggio dello stato di salute di pazienti affetti da particolari patologie quali

- **ipertensione**
- **diabete**

viene riconosciuta ai medici di medicina generale una indennità annua lorda pari a lire 2.000 per ciascun assistito in carico.

Articolo 11 – Indennità per reperibilità telefonica

Ogni singola Azienda potrà attivare, con le modalità stabilite dal Comitato Aziendale, ulteriori progetti di miglioramento del servizio di assistenza primaria, che garantiscano la reperibilità telefonica, a fronte di specifico compenso, da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei propri assistiti nella fascia diurna 8.00 – 20.00 dei giorni da lunedì a venerdì.

Articolo 12 – Compenso accessorio annuo per assistenza in zone disagiate

Ai sensi dell'articolo 45 lettera C2, ai medici di assistenza primaria spetta un compenso accessorio annuo lordo pari a lire 8.000 per ciascun assistito residente in Comuni considerati zone disagiate a popolazione sparsa.

Si conferma l'elenco dei Comuni rientranti tra le c.d. "zone disagiate" formalizzato con il decreto regionale n. 613/2000, sulla base della ricognizione effettuata dalle Aziende tenuto conto dei seguenti criteri :

- a) Comuni con popolazione inferiore a 700 abitanti di cui meno del 60% residente nel nucleo principale;
- b) rapporto superficie/popolazione sparsa pari a 30 abitanti per km quadrato
- c) difficile percorribilità delle strade di accesso dovuta ad obiettive condizioni delle stesse ovvero a condizioni meteorologiche stagionali avverse ed in particolare periodi annui di innevamento,

In particolare, nell'ambito delle zone disagiate di cui alla lettera c) del precedente comma le Aziende potranno individuare con proprio decreto altri Comuni, oltre a quelli contenuti nell'elenco di cui al decreto regionale n. 613/2000, su proposta sindacale e con il parere favorevole del Comitato Aziendale.

Per la corresponsione del compenso accessorio, le parti concordano di considerare le scelte in carico a ciascun medico alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Per la liquidazione degli arretrati spettanti per gli anni 1998 – 1999 e 2000 si manterranno i criteri di cui al decreto regionale n. 613/2000.

Per i compensi relativi all'anno 2001 e seguenti si applicheranno i criteri di cui al presente articolo.

Articolo 13 – Assistenza Domiciliare Integrata

Il livello assistenziale della domiciliarità delle cure, in ogni sua forma, è garantito al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi della medicina generale.

Obiettivo del presente articolo è l'adesione del più alto numero di MMG alle varie forme di assistenza sanitaria e socio-assistenziale domiciliare per i cittadini aventi diritto, finalizzata ad assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Le deliberazioni regionali n. 1377/1999 e n. 523/2001 rappresentano un valido punto di riferimento per la presenza in alcune aree del territorio regionale di una consolidata assistenza domiciliare integrata denominata "spedalizzazione territoriale", con una propria ben organizzata struttura di beni e servizi rivelatasi gradita ai cittadini ed ai MMG. Per non disperdere questo patrimonio di esperienze e di formazione professionale, la Regione si impegna a garantire i servizi assicurati con tale modello organizzativo e a diffondere idonee forme di assistenza territoriale in tutte le Aziende liguri.

La Regione, le AA.SS.LL. ed i Distretti, in collaborazione con gli Enti Locali, si impegnano a dare completa attuazione a quanto previsto dall'articolo 39 del DPR 270/2000 e nell'allegato "H" a proposito dell'assistenza domiciliare integrata.

Nelle località dove presente, la ST riassume le caratteristiche proprie dell'ADI, con le forme procedurali ed organizzative in atto e con i benefici economici previsti a favore delle varie figure professionali coinvolte : MMG, Specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, Medici del Distretto e della Continuità Assistenziale.

Il Comitato Permanente Regionale controlla che le modalità di attivazione e di attuazione del servizio dell'ADI siano uniformi su tutto il territorio regionale, controllando anche gli indici di qualità del servizio dettati dalla convenzione.

Nell'ambito dell'ADI, il medico di assistenza primaria :

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente
- tiene la scheda degli accessi presso il domicilio del paziente, fornita dall'ASL e sulla quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Qualora vengano erogate prestazioni assistenziali al domicilio del paziente dalle quali siano esclusi i MMG, le stesse non devono essere considerate ADI.

Articolo 14 – Determinazione delle zone carenti

La determinazione delle zone carenti avviene, per cittadini residenti assistiti direttamente dal SSN, avendo cura di non computare nel calcolo i cittadini le cui cure primarie non spettano al Medico di medicina generale essendo le stesse a carico di Amministrazioni pubbliche (per i cittadini ospitati presso ex istituti manicomiali, presso RSA e Istituti privati accreditati, cittadini residenti temporaneamente all'estero, detenuti, giovani in servizio di leva militare e servizio civile, marittimi delle diverse Casse, cittadini con scelta in deroga al di fuori della ASL e altre categorie per cui il medico di medicina generale non è tenuto a prestare la sua opera).

Le zone carenti sono determinate per Azienda sanitaria avendo riguardo al rapporto ottimale 1/1000.

L'assegnazione delle zone carenti avviene, nel rispetto di quanto indicato dalla Circolare del Ministero della Sanità, prot. 1200/SRC/956/M.G. del 22 aprile 1997.

Il medico titolare della zona carente esercita l'attività convenzionale in un unico studio ubicato nella zona medesima. Tale attività può essere esercitata anche in uno studio diverso se debitamente autorizzato dal Comitato Aziendale. Il Comitato Permanente Regionale indica i criteri in base ai quali viene concessa l'autorizzazione al secondo studio convenzionato.

La scelta del Medico di medicina generale è obbligatoria per il cittadino al fine di godere delle prestazioni a carico del SSN.

In caso di trasferimento del paziente all'interno del territorio della stessa ASL la scelta del medico si intende automaticamente confermata.

Articolo 15 – Anagrafe Sanitaria. Scelte e Revoche

L'anagrafe sanitaria è il primo strumento operativo per l'identificazione dei cittadini aventi diritto alle prestazioni sanitarie e per una corretta programmazione sanitaria.

Una aggiornata e corretta gestione dell'anagrafe sanitaria rappresenta per il MMG lo strumento indispensabile di lavoro e remunerazione.

Per la regolamentazione delle modalità di scelta, ricusazione e revoca del medico, si richiamano le previsioni di cui agli articoli 26, 27 e 28 del DPR 270/2000.

L'Azienda è tenuta a comunicare la revoca d'ufficio al medico entro i termini di un anno dalla morte dell'assistito e di tre mesi dal suo trasferimento, termini ordinatori che non comportano la decadenza dell'Azienda dal diritto alla ripetizione delle somme indebitamente pagate. La ripetizione di tali somme ha luogo con il termine quinquennale di prescrizione. L'Azienda inadempiente all'obbligo di tempestiva comunicazione non potrà tuttavia addebitare alcun interesse sulle somme recuperate.

In caso di trasferimento della residenza del paziente all'interno del territorio della stessa ASL la scelta si intende automaticamente confermata.

Per la ripetizione delle somme già erogate in applicazione dell'articolo 22 dell'accordo regionale, approvato con DGR n. 2349 del 13 novembre 1998 ed annullato con successiva DGR n. 1150 del 20 ottobre 2000, tenuto conto della particolare situazione creatasi per effetto dell'accordo regionale e dell'acquisizione in buona fede delle somme da parte dei medici, si concorda che le Aziende provvederanno al recupero delle quote erroneamente corrisposte ai medici di medicina generale con il termine quinquennale di prescrizione del credito ed al netto di quanto eventualmente già recuperato con la trattenuta delle dodici quote.

Qualora l'importo complessivo sia superiore al 20% degli emolumenti mensili, l'Azienda potrà dare corso al conguaglio negativo solo con il consenso del medico interessato, in mancanza del quale la ripetizione avrà luogo con rateizzazione nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Articolo 16 – Continuità assistenziale

Le Aziende promuovono, con idonee iniziative, campagne di sensibilizzazione della cittadinanza e gruppi di valutazione sulla tipologia delle richieste e degli interventi della continuità assistenziale, al fine di valutare l'appropriatezza e la congruità del servizio.

Per favorire la partecipazione alla formazione continua di cui all'articolo 8 del D.P.R. 270/2000 e migliorare il servizio della continuità assistenziale, si concorda di estendere le attività dei medici di continuità assistenziale dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni prefestivi.

Per imprevedibili ed urgenti esigenze del servizio, e previo assenso del medico, l'attività di continuità assistenziale può superare la durata di 12 ore. In tali situazioni le Aziende possono prevedere cifre aggiuntive sul compenso orario stabilito dall'articolo 57 del D.P.R. 270/2000.

Il compenso aggiuntivo viene corrisposto ai medici di continuità assistenziale su tutte le ore effettivamente svolte.

Oltre alle prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A dell'allegato "D" del D.P.R. 270/2000, i medici di continuità assistenziale possono eseguire, senza autorizzazione sanitaria, singole iniezioni endovenose, retribuite con il corrispettivo unitario di lire 11.930.

In considerazione degli aspetti innovativi e sperimentali di tale istituto, si concorda di monitorare le prestazioni aggiuntive svolte dai medici di continuità assistenziale per un periodo di mesi 12, al fine di individuare eventuali percentuali dei tetti mensili.

In occasione delle festività di particolare rilevanza, si concorda di remunerare i turni sottoindicati con una tariffa maggiorata di lire 50.000 per turni di 12 ore :

1 gennaio	dalle ore 00.00 alle ore 20.00
6 gennaio	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
Pasqua	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
Lunedì dell'angelo	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
25 aprile	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
1 maggio	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
15 agosto	dalle ore 8.00 alle ore 20.00
24 dicembre	dalle ore 20.00 alle ore 24.00
25 dicembre	dalle ore 00.00 alle ore 24.00
26 dicembre	dalle ore 00.00 alle ore 20.00
31 dicembre	dalle ore 20.00 alle ore 24.00

Al fine di una migliore organizzazione del servizio, l'Azienda può istituire una indennità di reperibilità pari a lire 50.000 lorde per turni di 12 ore, con previsione di un numero di reperibili almeno pari al numero degli ambiti istituiti presso ciascuna azienda.

Il medico reperibile mantiene il diritto al compenso anche nel caso in cui venga impiegato in turno di servizio attivo e comunque con disponibilità a coprire un turno attivo anche in ambito diverso a richiesta della Centrale Operativa.

Al fine di garantire la continuità assistenziale, in analogia a quanto previsto dalla norma finale n. 10 del D.P.R. 270/2000, le Aziende possono istituire apposite graduatorie di medici laureati dopo il 31 dicembre 1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, da incaricare per incarichi di sostituzione o provvisori nel caso in cui questi non siano stati assegnati a medici inclusi nella graduatoria regionale per mancanza di medici disponibili ad accettare gli incarichi. Tali graduatorie verranno compilate sulla base del criterio della residenza nel territorio dell'Azienda e dell'anzianità di laurea.

I medici di continuità assistenziale partecipano ai progetti obiettivi che prevedano il loro attivo coinvolgimento (es. uso di elettrocardiografo, spirometro, strumenti di telemedicina, attivazione di ambulatori che garantiscano l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, partecipazione alle attività di domiciliarità delle cure), concordati con le Aziende e con i rappresentanti sindacali degli altri medici coinvolti nella progettazione.

Qualora la realizzazione dei progetti obiettivi comporti una ottimizzazione dei servizi erogati ed un risparmio di risorse, queste ultime potranno essere impiegate per attività di aggiornamento dei medici di continuità assistenziale e per il potenziamento delle risorse strumentali idonee ad un più congruo intervento professionale.

Si ritiene opportuno che presso le singole Aziende vengano avviate, di concerto con le rappresentanze sindacali delle categorie professionali coinvolte, iniziative sperimentali volte alla riduzione dei ricoveri e degli accessi impropri alle strutture di pronto soccorso, attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, quali ad esempio gli ambulatori di medicina generale dedicati ai codici bianchi e verdi ubicati presso le strutture ospedaliere di pronto soccorso.

Le singole Aziende possono prevedere forme di partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di ADI o ST, con i compensi previsti dagli allegati G ed H del D.P.R. 270/2000.

Nell'ambito delle attività aziendali di programmazione ed organizzazione della formazione professionale dei medici dovranno essere opportunamente coinvolti rappresentanti dei medici di continuità assistenziale.

La parte dell'Accordo dall'articolo 17 all'articolo 25 è stato approvato e firmato dalle parti il 18 febbraio 2003

Articolo 17 - Libera professione

Le parti si impegnano a garantire il corretto esercizio della libera professione da parte dei medici di medicina generale, nell'ambito delle previsioni e nei limiti indicati dall'articolo 44 del D.P.R. 270/2000.

Nel rispetto di tali limiti e nell'ambito di appositi provvedimenti assunti a livello aziendale e/o distrettuale potrà essere prevista l'acquisizione da parte delle Aziende, per i propri compiti istituzionali, di prestazioni e/o di servizi forniti da medici di medicina generale o come singoli o secondo le forme associative previste dall'art. 40 dell'ACN.

Il medico di medicina generale che esercita l'attività libero professionale non è autorizzato all'uso del ricettario regionale. Eccezionalmente, nel caso in cui presti assistenza domiciliare durante i periodi coperti dal servizio di continuità assistenziale, è consentito l'uso del ricettario regionale per le prescrizioni nei confronti degli assistiti iscritti nel proprio elenco delle scelte.

Articolo 18 - Educazione Sanitaria

Nell'ambito di appositi progetti obiettivo può essere prevista la partecipazione dei medici di medicina generale alle campagne di educazione sanitaria promosse a livello regionale o aziendale, per ogni fascia di età, in collaborazione con enti pubblici e/o privati.

La collaborazione dei medici di medicina generale comporta il loro coinvolgimento nella formulazione del progetto, l'adesione alle modalità di attuazione dell'iniziativa, l'utilizzo e la

diffusione di eventuale materiale divulgativo, la registrazione degli interventi svolti nei confronti dei destinatari e la partecipazione alla fase di valutazione finale del progetto. Nell'ambito di tali progetti è prevista, di norma, la corresponsione di un compenso ai medici coinvolti, in relazione alla diffusione della campagna di educazione sanitaria ed ai risultati raggiunti. La misura del compenso dovrà essere concordata in seno al Comitato Regionale o Aziendale, sulla base dell'impegno professionale richiesto in aggiunta ai normali compiti del medico di medicina generale.

Articolo 19 – Obiettivi di salute

Gli Obiettivi di salute elencati nel Piano Socio Sanitario Regionale rappresentano per la medicina generale i progetti obiettivo, da lungo tempo auspicati, per una capillare azione di prevenzione, diagnosi, cura e per assicurare livelli uniformi di assistenza al cittadino ligure.

Gli obiettivi di salute potranno essere perseguiti se opportunamente adattati al territorio tramite l'attuazione di progetti obiettivo della medicina di famiglia e svolti dai MMG tramite l'attuazione dell'ambulatorio per patologia.

Il Comitato Permanente Regionale esamina la progettazione, l'attuazione e gli indici di qualità dei progetti obiettivi aziendali e/o distrettuali su patologie di interesse generale o anche locale (patologia oncologica, diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, Alzheimer, ecc.), ne controlla l'attuazione, la riproducibilità, i costi e il Miglioramento Continuo della Qualità.

La Regione riconosce e valorizza i progetti aziendali nell'ambito dei quali sia previsto l'impegno dei MMG :

- nella formulazione del progetto
- nell'osservanza delle linee guida del progetto
- nella raccolta del consenso informato del cittadino
- nella sensibilizzazione dei cittadini coinvolti.

Nell'ambito di tali progetti è prevista, di norma, la corresponsione di un compenso ai medici coinvolti, in relazione alla diffusione della campagna di educazione sanitaria ed ai risultati raggiunti. La misura del compenso dovrà essere concordata in seno al Comitato Regionale o Aziendale, sulla base dell'impegno professionale richiesto in aggiunta ai normali compiti del medico di medicina generale.

Articolo 20 - Rilevazione sullo stato di salute della popolazione

Il rilevamento dello stato di salute della popolazione risulta essere uno degli strumenti per una corretta e reale programmazione sanitaria sia a livello regionale, aziendale e distrettuale, onde garantire livelli uniformi di assistenza.

Una corretta azione di marketing sanitario funzionale deve individuare anche nel MMG un indispensabile rilevatore di bisogni.

Nell'ambito di appositi progetti, le Aziende promuovono iniziative di indagine e studio sullo stato di salute dei cittadini assistiti, con particolare riferimento alla popolazione anziana. Tali progetti dovranno definire i contenuti e le metodologie delle rilevazioni, gli strumenti da utilizzare, gli obiettivi prefissati e le modalità di verifica dei risultati.

Le Aziende si impegnano a coinvolgere i medici di medicina generale nella predisposizione e nella realizzazione di tali progetti, prevedendo appositi compensi per la partecipazione.

Articolo 21 – Compenso per le attività di tutor e di animatore di formazione

Ai medici di medicina generale impegnati nell'attività di tutor ai sensi dell'articolo 26 comma 2 del decreto legislativo n. 368/99, con le modalità stabilite dal Comitato Tecnico Scientifico Regionale, è corrisposto un importo forfetario a titolo di rimborso spese di € 258,23 lordi mensili, rapportato al periodo di effettivo svolgimento dell'attività.

Ai medici di medicina generale impegnati nell'attività di animatore di formazione è corrisposto un compenso orario di € 51,64 più I.V.A. se dovuta..

Articolo 22 – Assistenza Turistica

Ai sensi dell'articolo 59 del D.P.R. 270/2000 le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare, d'intesa con le amministrazioni comunali interessate e limitatamente al periodo 15 giugno – 15 settembre di ogni anno, servizi stagionali di assistenza turistica rivolti esclusivamente ai non residenti.

La richiesta di attivazione del servizio è comunicata alla Regione da parte dell'Azienda in tempo utile per la necessaria presa d'atto.

Il servizio di assistenza turistica è assicurato, oltre che dai medici di medicina generale, anche mediante il conferimento da parte dell'Azienda di incarichi della durata massima di mesi 3 a medici tratti dalla graduatoria regionale.

La spesa per le attrezzature ed i locali messi a disposizione dei medici incaricati sono a carico dell'amministrazione richiedente, che può assumere in proprio l'onere per le prestazioni effettivamente erogate, nella misura di € 15,49 lordi per le visite ambulatoriali e di € 25,82 lordi per le visite domiciliari, ovvero prevedere che tali oneri siano a carico degli assistiti.

Restano confermate le iniziative di assistenza ambulatoriale svolte dai medici di medicina generale presso le strutture di pronto soccorso ospedaliero, già avviate presso le Aziende ASL 2 ed ASL 4 negli ospedali di Savona e Lavagna.

Articolo 23 – Indennità per doppi rapporti compatibili

I titolari di rapporti a pagamento orario previsti dall'accordo collettivo nazionale approvato con DPR 270/00, per i quali non sia previsto il riconoscimento dell'indennità di piena disponibilità, percepiscono su tali rapporti una indennità oraria pari a € 0,61 lordi a decorrere dal 1 gennaio 2001.

Articolo 24 – Compensi per le attività territoriali programmate

Il compenso orario per le attività territoriali programmate di cui al capo IV dell'accordo collettivo nazionale è pari a 18,07 €, comprensivi dei contributi ENPAM, a decorrere dall'entrata in vigore dell'accordo collettivo.

Articolo 25 – Decorrenza dell'accordo

Il presente accordo regionale diventerà esecutivo con la firma del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, o suo delegato, che lo sottoscrive per gli aspetti di deontologia professionale.

Genova,.....

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA'

IL DIRETTORE GENERALE ASL 1

IL DIRETTORE GENERALE ASL 2

IL DIRETTORE GENERALE ASL 3

IL DIRETTORE GENERALE ASL 4

IL DIRETTORE GENERALE ASL 5

IL SEGRETARIO REGIONALE F.I.M.M.G.

IL SEGRETARIO REGIONALE S.N.A.M.I.

IL SEGRETARIO REGIONALE S.U.M.A.I.