

**REGIONE CAMPANIA  
ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE  
della  
MEDICINA GENERALE  
ai sensi del CAPO VI del D.P.R. 270 /2000**

## **Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale ai sensi del Capo VI del D.P.R. 270/2000**

### **Premessa**

La riorganizzazione complessiva dell'area della Medicina Generale operata dai D.L.vo n.502/1992, n.517/1993 e n.229/1999 ha accentuato fortemente la centralità del medico di medicina generale, quale parte integrante ed essenziale del Servizio Sanitario, al fine di realizzare la massima territorializzazione dell'assistenza, attraverso strumenti organizzativi innovativi per migliorare la qualità dell'assistenza, e di perseguire lo sviluppo della cultura dell'appropriatezza.

Con il DPR 270/2000 vengono favorite nuove formule organizzative, volte a qualificare l'assistenza di I° livello, onde consentire lo spostamento di risorse dalle cure secondarie e terziarie sulle cure primarie con uguali livelli di qualità, ma con minor costo e maggior gradimento da parte dei cittadini.

Con il presente Accordo Integrativo Regionale, AIR, si è cercato prioritariamente di definire :

- forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, procedure di verifica della qualità dell'assistenza, procedure per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per la didattica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di assistenza primaria e presidi delle Aziende sanitarie;
- razionalizzazione della spesa; anche attraverso modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto;
- verifica della appropriatezza nell'uso delle risorse e regolamentazione dell'intervento nei casi di inosservanza delle indicazioni della Commissione Unica del Farmaco;
- attività di educazione sanitaria e di prevenzione primaria attraverso la incentivazione della pratica vaccinale nonché la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria.

L'Accordo Integrativo Regionale stipulato ai sensi del Capo VI del D.P.R.270/2000 vuole creare le condizioni favorevoli per una crescita culturale ed organizzativa della medicina generale, adeguate alle mutate esigenze assistenziali, con il totale recupero delle funzioni delle cure primarie e con l'acquisizione di nuove specifiche competenze clinico-assistenziali. L'erogazione delle prestazioni tese ad ottimizzare gli interventi sanitari e sociali, prevede di :

1. promuovere l'uso razionale dei farmaci in accordo con la normativa vigente e secondo linee-guida di buona pratica clinica, anche tramite applicazione e verifica di linee guida e delibere regionali;
  2. elaborare modalità assistenziali tese ad eliminare il ricorso inappropriato alla diagnostica strumentale e di laboratorio e alla riabilitazione, ostacolando il proliferare di offerte rispondenti a bisogni fittizi nei cittadini;
  3. attuare e potenziare le varie forme di assistenza domiciliare, così come normata nel D.P.R.270/2000, realizzando altresì un vero "osservatorio epidemiologico" dei bisogni degli anziani attraverso lo strumento delle schede di VMD .
  4. riconoscere il ruolo didattico e tutoriale del medico di medicina generale in ambito formativo educativo e di aggiornamento.
  5. promuovere i processi di informatizzazione di tutti i medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale e l'attività della medicina in rete per sviluppare, a livello regionale, aziendale e distrettuale, sistemi di intervento e di sorveglianza informatizzata per il controllo e per il trattamento delle patologie invalidanti ed evolutive;
- Tali attività, conformi a quanto previsto all'art.70 D.P.R.270/2000, integrano l'intervento professionale del M.M.G. con la programmazione sanitaria regionale, aziendale e distrettuale.

## CAPO I : PRINCIPI GENERALI

### Art. 1 - OBIETTIVI DEL PRESENTE ACCORDO REGIONALE

Le parti condividono l'esigenza :

- di garantire i livelli uniformi ed appropriati di assistenza sanitaria in maniera omogenea sul territorio regionale;
- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio alle strutture sanitarie di secondo livello;
- di improntare l'utilizzo delle risorse disponibili ai principi di appropriatezza, di efficacia e di efficienza degli interventi assistenziali, al fine di perseguire l'obiettivo della migliore utilizzazione delle risorse finanziarie, mirando contestualmente all'ulteriore qualificazione dell'assistenza sanitaria di base.

Tali obiettivi strategici comprendono anche azioni tese alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e alla riduzione del tasso di ospedalizzazione con il conseguente incremento delle prestazioni assistenziali distrettuali e domiciliari.

A tal fine col presente Accordo integrativo regionale si intende promuovere:

- la formazione continua del medico, anche con riferimento all'individuazione dei percorsi assistenziali;
- l'informatizzazione degli studi medici al fine di consentire fra l'altro il costante scambio di flussi informativi tra i medici e con le strutture dell'Azienda, la costruzione di banche dati, la ricerca epidemiologica, la valutazione dei costi e benefici;
- lo sviluppo delle forme associative, al fine di favorire una più ampia accessibilità ai servizi da parte dell'utenza, un miglior raggiungimento degli obiettivi prefissati, un miglior raccordo funzionale e professionale fra i medici dell'associazione e un migliore coordinamento con le attività ed i servizi del Distretto.
- il miglioramento dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- la sperimentazione propedeutica all'introduzione del lavoro in équipes territoriali finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori;
- la sperimentazione propedeutica all'introduzione di forme di gestione budgetaria a livello distrettuale;
- l'adozione di linee guida condivise e concordate per patologie di particolare rilevanza, da attivare a livello aziendale nel rispetto di quanto previsto all'art.70 comma 1 lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Coerentemente con le previsioni dell'art. 15 bis dell'ACN il medico di assistenza primaria è così impegnato ad:

- assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e ricercare la riduzione degli sprechi anche attraverso l'osservanza delle condizioni e limitazioni contenute nei provvedimenti della Commissione Unica del farmaco e l'incremento dell'uso dei farmaci generici;
- operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza, in merito all'accesso al ricovero, alle cure specialistiche e alle prestazioni di diagnostica.

In tale contesto appare essenziale che:

A. i livelli di spesa programmabili siano considerati quali modelli tecnici in grado di determinare modifiche sostanziali dei flussi di finanziamento della sanità, particolarmente a favore, di quella territoriale e primaria e che siano in grado di realizzare livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale;

B. le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione delle prestazioni indotte (farmaceutica, diagnostica, riabilitativa, ricoveri, etc.), siano utilizzate per organizzare una offerta di altri servizi territoriali di Distretto sanitario a maggior contenuto tecnologico e rispondenti ai bisogni di salute;

C. le Aziende Sanitarie ai fini del monitoraggio delle iniziative previste dal programma delle attività distrettuali, dell'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti della medicina generale con le altre figure professionali, attivino efficacemente la commissione di

cui all'art.14 comma 4 dell'ACN.

### **Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni in Medicina Generale**

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, l'Assessorato istituisce l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni in Medicina Generale al fine di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, così come individuato dagli artt. 14 e 15 bis del DPR 270/00.

L'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni in Medicina Generale è diretto dal Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria dell'Assessorato ed è composto da:

- **Il Direttore Generale dell'A.R.S.A.N. o suo delegato**
- **I Responsabili dell'Area di Coordinamento dell'Assistenza Sanitaria e della Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità**
- **Due Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali individuati dall'Assessore alla Sanità;**
- **Quattro rappresentanti dei medici di medicina generale individuati nei responsabili regionali delle OO. SS. della medicina generale firmatarie dell'ACN o loro delegati**
  
- **Esperto in Informatica e Statistica Sanitaria**

Compito dell'Osservatorio è quello di:

1. definire e proporre il Piano Triennale Regionale di cui al successivo art. 1 bis
2. individuare, approvare e divulgare per la uniforme applicazione sul territorio regionale i parametri di appropriatezza delle prestazioni sanitarie di competenza specifica dell'area delle cure primarie, relativi alle patologie di maggiore interesse sociale e sanitario e con più forte incidenza di spesa;
3. promuovere la costituzione degli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza delle Prestazioni e definirne i criteri generali di funzionamento e di interazione con l'Osservatorio Regionale;
4. determinare gli strumenti, le metodologie e gli indicatori da applicare per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali; in particolare il percorso operativo di base verrà vincolato allo studio della implementazione a livello di ASL delle linee guida già adottate tramite il potenziamento del sistema in atto della valutazione dei report mensili dell'attività dei medici informatizzati (ex-art.45 C3 del presente Accordo) e la costruzione di modelli statistici, epidemiologici e clinici di riferimento per le patologie prescelte da usare come griglie di valutazione della appropriatezza del comportamento prescrittivo anche dei medici di assistenza primaria non informatizzati ed, in via indiretta, di tutti i centri specialistici induttori di spesa;
5. monitorare in ciascuna Azienda le attività dell'Osservatorio Aziendale;
6. provvedere alla pubblicazione periodica di un bollettino da divulgare a livello di tutte le strutture interessate (ASL, Distretti, MMG ecc.).

L'attività dell'Osservatorio Regionale si svolgerà nel rispetto di un apposito Regolamento approvato con decreto dell'Assessore alla Sanità.

### **Art. 1 bis – Adesione al programma di razionalizzazione della spesa**

1. Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni, presenta all'approvazione dell'Assessore alla Sanità un Piano triennale dettagliato, con i relativi protocolli applicativi, finalizzato, attraverso una strategia complessiva di razionalizzazione del sistema di erogazione delle cure sul territorio, al contenimento della spesa sanitaria della Regione Campania.

In via preliminare sarà cura dell'Assessorato fornire all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni tutti i dati disponibili relativi alla spesa sanitaria regionale

nei diversi comparti (area della ospedalità pubblica e privato-accreditata ed area del territorio suddivisa nei suoi tre settori principali, farmaceutico, diagnostica di laboratorio e per immagini, riabilitazione) suddivisa per ASL e, per ciascuna ASL suddivisa per Distretto.

All'atto dell'approvazione del Piano da parte dell'Assessore, sarà compito dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza comunicare agli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza delle AA.SS.LL. i Protocolli Applicativi dello stesso affinché possano essere portati a conoscenza dei Medici di Assistenza Primaria.

2. I medici di Assistenza Primaria che aderiscono alle forme di “medicina in associazione”, “medicina in rete” e “medicina in gruppo”, nel rispetto di quanto previsto nel D.P.R.270/2000 all'art.40 comma 7 lettera d), comma 8 lettera d), comma 9 lettera g), con lettera raccomandata A/R, indirizzata all'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza della ASL, dichiarano:

-di conoscere ed aderire all'applicazione dei contenuti dei Protocolli Applicativi del Piano triennale,

-di aderire all'implementazione delle Linee Guida già deliberate dalla Giunta della Regione Campania, e di quante deliberate nel periodo successivo alla stipula del presente Accordo, ivi comprese le linee Guida specialistiche per la parte che l' Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza identificherà come applicabili anche ai Medici di Assistenza Primaria.

di aderire altresì ai programmi regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria sia per la farmaceutica, (anche tramite la promozione dell'utilizzo del farmaco generico e l'erogazione diretta dei farmaci da parte delle AASSLL), sia per la diagnostica strumentale e di laboratorio che per la riabilitazione

di contribuire alla riduzione le liste di attesa incentivando l'assistenza domiciliare ed evitando il ricovero improprio.

3). Per ciascuna Associazione è necessaria l'adesione di tutti gli associati.

4) Gli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza delle AA.SS.LL. redigono rendiconto annuale sulla percentuale delle adesioni dei medici delle Associazioni e lo trasmettono all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza.

.5) L'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza deve monitorare ogni trimestre l'andamento del programma di razionalizzazione previsto al comma 1 del presente articolo: Nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di programmazione proposti, al termine di ciascun anno le OO. SS. firmatarie del presente Accordo saranno convocate dall'Assessore alla Sanità per la rivalutazione del programma di razionalizzazione; l'Assessorato si impegna a considerare quale criterio di valutazione per la riconferma dei Direttori Generali delle AA.SS.LL. il rispetto delle deliberazioni di Giunta proposte per la razionalizzazione e il contenimento della spesa, con particolare riguardo a quanto deliberato per l'osservanza delle norme vigenti da parte di tutti i sanitari operanti per il SSR considerati quali “induttori” delle prescrizioni.

6) Ai Medici di cui al comma 2 è corrisposta una quota capitaria ulteriore di € **3,00** per assistito per anno al raggiungimento a consuntivo, per l'anno considerato, degli obiettivi previsti dal Piano Triennale Regionale. La verifica del raggiungimento degli obiettivi è compito dei Direttori delle AASSLL.. che, in caso di verifica positiva, procederanno alla corresponsione della indennità di cui al presente articolo nel rispetto della percentuale prevista, che è fino al 50% della popolazione residente nella A.S.L. per la prima annualità,, dal 51 al 75% per la seconda annualità e dal 75 al 100% per la terza annualità.

7) Sarà cura dei Direttori Generali evitare di finanziare eventuali progetti aziendali i cui contenuti siano già parte integrante del Piano Triennale Regionale

## **Ex-Art. 2 - Graduatoria regionale**

1. Per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati secondo le procedure di cui al presente Accordo, a partire dall'anno 2000, la Regione Campania, fatto salvo il disposto di cui all'art.20, comma 4, lettera a) e dell'art.49, comma 2, lettera a), riserva le percentuali previste nella norma finale n. 5 del D.P.R.270/2000.
2. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.
3. Gli aspiranti alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione di cui al precedente comma 1, fatto salvo il disposto di cui al comma 2; gli aspiranti alla assegnazione degli incarichi vacanti o degli ambiti territoriali carenti dichiarano, all'atto della relativa domanda, la riserva per la quale intendono concorrere.
4. All'atto della presentazione della domanda per l'inclusione nella graduatoria di cui all'art.2 dell'ACN, il medico dichiara in autocertificazione, a pena di esclusione, ai sensi e agli effetti dell'art.20 comma 16 e dell'art.49 comma 15 nonché dell'art.67 comma 17 del DPR 270/00 l'eventuale esistenza di un rapporto di lavoro sia dipendente che convenzionato, a tempo indeterminato.
5. Ai sensi e agli effetti dell'art.3 comma 3 DPR 270/00, all'atto di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria di cui all'art.2 dell'ACN, il medico deve dichiarare con autocertificazione, a pena di esclusione, che le attività di servizio dichiarate non sono state svolte durante i periodi formativi.

## **Ex-Art. 8 - Formazione continua**

1. In ogni A.S.L della regione l'ammontare dei finanziamenti per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente di cui all'art.8 dell'ACN, reso esecutivo con D.P.R.270/2000, deve prevedere una cifra annua pari all'1% del monte salari della medicina generale, così come previsto per il personale dipendente, per il quale si fa riferimento alla circolare del Ministero della funzione pubblica n. 14 del 24.4.95.
2. A tal fine si fa riferimento all'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle Aziende sanitarie per la retribuzione dei medici convenzionati ai sensi del presente Accordo suddividendola in quota capitaria proporzionalmente tra i diversi settori; tale importo, se non impiegato in tutto o in parte, deve essere impegnato allo stesso scopo, accantonandolo in capitolo a destinazione vincolata, nell'esercizio di bilancio dell'anno successivo; l'impegno e l'utilizzo di tali risorse costituisce elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali.
3. Nell'ambito dello stanziamento di cui al punto 1 rientrano tutti i costi derivanti dall'applicazione dei punti successivi, fatto salvo quanto previsto al comma 10.
4. Fermo restando quanto previsto dal comma 4 art.8 dell'ACN, la Regione Campania stabilisce di costituire un Osservatorio Regionale per la Formazione in Medicina Generale presso l'Assessorato alla Sanità, ai sensi dell'art.8 comma 14 del D.P.R.270/2000, che, all'inizio di ogni anno sulla base del principio dell'efficienza allocativa, deve indicare linee di indirizzo per le materia di cui al presente articolo coerentemente a quanto previsto nei commi 9, 12 e 14 del citato art.8 DPR 270/00.

L'Osservatorio Regionale per la Formazione in Medicina Generale è diretto dal Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria dell'Assessorato ed è composto da:

- **Il Direttore Generale dell'A.R.S.A.N. o suo delegato**
- **I Responsabili dell'Area di Coordinamento dell'Assistenza Sanitaria e della Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità**
- **Due Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali individuati dall'Assessore alla Sanità;**
- **Dirigente del Settore Formazione dell'Assessorato alla Sanità**
- **Quattro rappresentanti dei MMG individuati dai Responsabili regionali delle OO.**

## **SS. della Medicina Generale firmatarie dell'ACN**

- **Un medico di MMG designato dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici**
- **Quattro rappresentanti delle Società Professionali della Medicina Generale designati dai Responsabili regionali delle stesse**

L'Osservatorio svolge le seguenti funzioni:

- di indirizzo ai Comitati Tecnico – Scientifici per la formazione permanente e per ECM costituiti presso le AA.SS.LL.
- di indirizzo per la formazione degli animatori di formazione effettuata dalle Società Scientifiche della Medicina Generale;
- di produzione dei criteri per la formazione dell'Albo regionale, articolato per singola ASL, degli animatori di formazione, dei tutor e dei docenti di Medicina Generale, depositati e gestiti presso il Settore Assistenza Sanitaria dell'Assessorato;
- di organizzazione, assieme ad altre istituzioni scientifiche, del corso di formazione specifica in Medicina Generale previsto nel D.L.vo n.256/91 e successive modifiche (D.L.vo n.368/99);
- di promozione della formazione professionale specifica e l'aggiornamento e riqualificazione anche di figure professionali sanitarie e non, quali Collaboratori di studio ed Infermieri Professionali, operanti nella Medicina Generale;
- di promozione di sperimentazioni, in collaborazione con altre istituzioni accademiche, scientifiche e nosocomiali, in argomenti formativi dell'area della Medicina Generale.
- di individuazione dei criteri normativi e certificazione dei principi scientifici propedeutici alla trattazione del tema della appropriatezza delle cure per le patologie a forte impatto socio-sanitario ed economico, e con indispensabile attivazione dei percorsi di implementazione e valutazione di Linee Guida Regionali ed di sperimentazioni del Budget di distretto come da DGRC n.3513 del 20.07.2001 .

All'Osservatorio sono demandati i compiti di:

- predisporre le griglie di rilevamento dei bisogni formativi nelle AA.SS.LL.;
- predisporre le indicazioni metodologiche relative alle attività formative;
- valutare gli impatti delle singole iniziative;
- individuare i requisiti previsti per l'iscrizione nell'Albo regionale dei Tutor, Animatori di formazione e Docenti di Medicina Generale.

5. Gli Animatori di formazione, i Tutor ed i Docenti della Medicina Generale sono iscritti in appositi elenchi regionali tenuti presso l'Assessorato alla Sanità tramite l'Osservatorio di cui al punto 4, fatto salvo quanto previsto alla norma transitoria del Capitolo X del I° Accordo regionale DGRC 8052 / 1997.

6. L'aggiornamento professionale obbligatorio di 40 ore annue, svolto secondo i criteri dell'art.8 comma 12 e comma 19 D.P.R.270/2000, è finalizzato anche alla acquisizione dei crediti formativi ECM. In tal caso ci si potrà riferire al programma formativo aziendale consentendo la partecipazione del MMG ai progetti accreditati dall'Azienda per il personale dipendente.

7. I corsi si svolgono secondo la metodica dell'apprendimento attivo, vi possono partecipare massimo 30 discenti a seminario, per ogni seminario sono previsti un docente di medicina generale e un animatore di formazione permanente.

8. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione dei corsi secondo le linee emanate dalla Regione con le modalità di cui al comma 10 e 12 dell'art.8 DPR 270/00, avvalendosi del Comitato Aziendale ex art.11 dell'ACN, integrato da rappresentanti delle Società Scientifiche della Medicina Generale. che assume così valenza di Comitato Tecnico-Scientifico Aziendale con funzioni di recepimento ed adeguamento alla realtà locale degli indirizzi e delle sperimentazioni emanate dalla struttura regionale, e facendo riferimento all'albo regionale, articolato per Azienda, degli animatori di formazione, dei tutor e dei docenti di Medicina Generale.

9. Ai sensi dell'art.8, comma 15, dell'A.C.N., i docenti di medicina generale e gli animatori di formazione per la loro attività, dopo valutazione del Comitato Tecnico-Scientifico

Aziendale ricevono un compenso commisurato all'impegno e comunque non superiore a:

- € 250,00 per la preparazione del pacchetto didattico quale rimborso spese forfetario;
- € 120,00 per lo svolgimento del pacchetto didattico quale rimborso forfetario per ogni seminario;
- € 120,00 quale rimborso forfetario per ogni seminario ai medici di MG che svolgono attività di docenti di contenuto.

10. Ai medici di assistenza primaria che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti del Corso di formazione specifica in Medicina Generale (D.L.vo256/91 e D.L.vo368/99) è corrisposto un compenso di € 260,00 per mese di attività. Il finanziamento di tale capitolo di spesa è da imputare ai relativi D.L.vi di riferimento.

11. L'attività di Animatore di Formazione e di Docente di M.G. è equiparata a tutti gli effetti ad aggiornamento professionale obbligatorio, considerando le ore di attività in aula.

12. La decorrenza economica delle previsioni di cui al presente articolo è fissata alla data di pubblicazione del presente Accordo.

### **Ex-Art . 9 - Diritti sindacali**

1. Ai componenti titolari di parte medica convenzionati presenti nel Comitato regionale ex-art.12, negli Osservatori Regionali per l'Appropriatezza e per la Formazione, è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 50,00 per seduta, con limitazione massima a due sedute /mese.

2. Ai componenti titolari di parte medica convenzionati presenti nell'Ufficio Centralizzato Incarichi e Carenze è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di € 50,00 per seduta.

3. Ai componenti titolari di parte medica convenzionati presenti nei Comitato Aziendale ex-art.11, negli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza e nei Comitati Tecnico-Scientifico Aziendali è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo da stabilire in sede di contrattazione aziendale.

4. Gli oneri di cui sopra sono a carico della Azienda di iscrizione del medico. Al fine della corresponsione del compenso, di cui ai commi 1 e 2, il medico presenta alla Azienda di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.

5. A titolo di concorso negli oneri per sostituzione collegate allo svolgimento di compiti sindacali a livello regionale, alle OO. SS. firmatarie del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di una ora per ogni iscritto della Assistenza Primaria, aggiuntiva a quanto previsto al comma 4 art.9 D.P.R.270/2000. La Segreteria regionale del sindacato comunica ogni anno i nominativi dei rappresentanti sindacali, ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario, con indicazione delle ore assegnate a ciascun rappresentante. L'onere, di cui al presente comma, è a carico dell'Azienda presso cui opera il rappresentante sindacale indicato

### **Ex-Art. 15 - Equipes territoriali**

1. Al fine di realizzare forme di integrazione professionale idonee a coordinare l'attività dei singoli operatori del territorio fra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, è prevista l'attivazione di équipes territoriali ad articolazione intradistrettuale finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo quanto previsto dall'art.15 del DPR 270/00.

2. L'ambito intradistrettuale di riferimento è individuato dal Direttore di distretto, sentito l'Ufficio di Coordinamento Distrettuale, e dagli operatori interessati, costituendo il settore di operatività per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali". Tale programma comprende i livelli essenziali ed appropriati di assistenza e quanto di pertinenza distrettuale indicato in specifici progetti nella programmazione nazionale, regionale e aziendale.

3. I compensi per i medici di medicina generale che aderiscono alle attività delle équipes territoriali sono relativi ai singoli specifici progetti concordati in sede distrettuale; l'entità di tali compensi viene stabilita nella contrattazione aziendale.

## **CAPO II : L'ASSISTENZA PRIMARIA**

### **Ex-Art. 19 - Rapporto ottimale**

1. Per la individuazione degli ambiti territoriali da definirsi carenti ciascuna ASL, previo parere del Comitato Aziendale, deve tenere conto, ai sensi dell'art.19 comma15, della effettiva capacità recettiva dei singoli ambiti nonché del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti.

2. L'effettiva capacità recettiva dell'ambito territoriale da definire carente è determinata in funzione di:

a) numero dei medici di Assistenza Primaria già inseriti nell'ambito territoriale e relativa capacità assistenziale rappresentata dalla somma dei loro massimali individuali;

b) popolazione assistita dai medici di Assistenza Primaria dell'ambito

Essa viene, perciò, espressa dalla risultante della differenza tra il numero complessivo degli assistiti effettivamente in carico ai medici di Assistenza Primaria dell'ambito e la capacità assistenziale di cui alla lettera a).

3. Il numero medio degli assistiti in carico ai medici già inseriti è dato dal numero complessivo degli assistiti in carico ai medici iscritti diviso per il numero dei medici stessi.

### **Ex-Art. 20 - Ambiti territoriali per la copertura di zone carenti**

Ferma restando l'articolazione territoriale delle AA.SS.LL. in Distretti, quali centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda, i parametri per la definizione degli ambiti territoriali ai fini della copertura delle zone carenti sono i seguenti:

a) l'ambito territoriale coincide di regola con il territorio del Comune, avente una popolazione residente pari a 5.000 o più abitanti;

b) qualora il Comune abbia una popolazione residente inferiore a 5.000 abitanti, l'ambito territoriale è costituito da più Comuni limitrofi, comprendenti una popolazione complessiva di 5.000 o più abitanti; l'aggregazione dei Comuni deve avvenire comunque in ambito distrettuale;

c) qualora il territorio di un Comune sia suddiviso in più distretti, il calcolo del rapporto ottimale, ai fini dell'individuazione delle zone carenti, è riferito alla popolazione residente nel Comune.

Gli ambiti territoriali saranno individuati, previo parere del Comitato Aziendale, con apposito provvedimento deliberativo della A.S.L., accuratamente motivato in caso di difformità, entro e non oltre due mesi dalla pubblicazione del presente Accordo e comunicati alla Regione per quanto di competenza.

Per i motivi previsti dall'art.19 comma 5, le A.S.L., sentito il parere obbligatorio e vincolante del Comitato Aziendale, possono individuare ambiti territoriali con popolazione inferiore a 5.000 unità, comunque mai inferiore a 3500.

In sede di pubblicazione delle zone carenti, la A.S.L. individua nell'ambito territoriale il Comune o la zona di ubicazione dello studio medico.

Nell'ambito territoriale, come da lettere a), b), c) del presente capitolo, è consentita l'apertura di altro studio professionale, ai sensi dell'art.21 comma12 D.P.R.270/00 L'obbligo dell'apertura dello studio per cinque giorni settimanali è riferito cumulativamente ai due studi se siti nello stesso comune, se trattasi di comuni diversi l'obbligo dei cinque giorni settimanali si riferisce allo studio medico principale

La scelta del medico di Assistenza Primaria ha luogo nell'ambito territoriale come su definito, fatto salvo il caso di cui all'art.19 comma14 D.P.R.270/2000 e fatto salva la situazione preesistente al presente Accordo e venutasi a determinare con l'applicazione del primo Accordo regionale, DGRC8052 del 10.10.1997.

### Ex-Art .26 - Scelta del medico

1. Il cittadino, recandosi all'Ufficio Distrettuale preposto, potrà consultare l'elenco dei medici dell'ambito territoriale; per ciascun medico dovrà essere disponibile una Scheda Informativa come da Allegato al presente articolo.
- 2 Per i chiamati alle armi la reiscrizione decorre dal giorno successivo al congedo.
3. I cambiamenti di residenza nel territorio della ASL non determinano revoca di ufficio.

SCHEDA INFORMATIVA SULLO STATUS DEL MEDICO		
DR.....		
Nato a .....	il .....	
STUDIO.....		
Eventuale 2° studio.....		
ORARIO STUDIO:		
Lunedì.....	Martedì.....	
Mercoledì .....	Giovedì .....	
Venerdì .....	Sabato .....	
TELEFONO: .....		
.....		
RICEVE PER APPUNTAMENTO	SI	NO
PRESENZA DI SEGRETARIA	SI	NO
PRESENZA DI INFERMIERE	SI	NO
INFORMATIZZAZIONE DELLO STUDIO	SI	NO
ADERISCE A:		
1. Medicina in associazione	SI	NO
2. Medicina in rete	SI	NO
3. Medicina di gruppo		NO
IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI PROFESSIONALI:		
Specialista in .....		
Li, .....		
Timbro e Firma .....		
L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato. La visita domiciliare deve essere eseguita, di norma, nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10, dopo tale orario dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo. La chiamata urgente deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale ma deve effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno, nonché quelle richieste, ma non effettuate nel giorno precedente. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni del sabato, salvo l'obbligo di effettuare l'attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la effettuano ordinariamente al mattino.		

### Ex-Art. 32 - Assistenza domiciliare.

1. L'assistenza domiciliare programmata costituisce, come previsto dall'art.32 comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi; rientra quindi tra i compiti che il medico è tenuto a svolgere. Anche al fine di garantire un minore ricorso a cure ospedaliere ed altri interventi sanitari in regime di ricovero devono essere assicurate, con interventi a domicilio, le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata:

- a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
- b) assistenza domiciliare programmata ai pazienti non ambulabili (ADP);
- c) assistenza domiciliare per pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

### **Ex-Art. 39 lettera a) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, A.D.I., è disciplinata dall'Allegato H D.P.R. 270/2000.

#### **A. Definizione**

Per A.D.I. si intende l'effettuazione a domicilio del paziente di prestazioni sanitarie e prestazioni socio-assistenziali, coordinate tra loro in un programma personalizzato di assistenza al fine di evitarne il ricovero. L'integrazione presuppone l'unificazione, attraverso la definizione di protocolli assistenziali, di risorse umane e materiali appartenenti a soggetti giuridici autonomi ed il coordinamento rappresenta il momento unificante delle procedure sanitarie e socio-assistenziali erogate dai soggetti stessi attraverso un sistema organizzativo predefinito a garanzia della continuità assistenziale del paziente.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è un insieme coordinato di attività sanitarie integrate con interventi di natura socio-assistenziale, diretto a curare, assistere e riabilitare la persona ammalata a domicilio”.

#### **B. Obiettivi**

L'attivazione dell'A.D.I. si propone i seguenti obiettivi :

- 1) mantenere al proprio domicilio l'anziano, il disabile e il malato di alcune patologie;
- 2) qualificare l'assistenza sul territorio;
- 3) ridurre i ricoveri impropri e ridurre il tasso di ospedalizzazione favorendo le dimissioni;
- 4) fare emergere bisogni inespressi e limitare domande indotte, fermo restando come “conditio sine qua non” la presenza di uno o più familiari consenzienti, disponibili e collaboranti.

#### **C. Programma operativo**

Le attività sono svolte attraverso il Distretto Sanitario di Base ed, al fine di sviluppare una reale integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, l'Azienda Sanitaria Locale, tramite il Direttore Generale, definisce protocolli di intesa con le amministrazioni comunali, le quali devono formalmente aderire, per quanto di loro competenza, alla partecipazione all'ADI, contribuendo con risorse proprie.

L'assistenza domiciliare integrata di cui al D.P.R.270/2000 art.39, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche e di riabilitazione, di aiuto domestico e di assistenza sociale. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

Il servizio è erogato a livello di Distretto di ASL.

L'assistenza domiciliare rientra tra i compiti del medico di Medicina Generale.

Il personale sanitario (medico specialista dipendente o ambulatoriale, infermieri, terapisti della riabilitazione, etc. ) necessario è garantito dall'ASL.

Per assicurare l'assistenza medica nelle 24 ore è previsto il coinvolgimento medico della Continuità Assistenziale, secondo modalità operative previste nel capitolo specifico, Capo III, del presente accordo.

Il servizio A.D.I. dovrà essere supportato da personale amministrativo del distretto.

La sospensione o la cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno sette giorni.

#### **D. Procedure di attivazione dell'A.D.I.**

Salvo diversa determinazione concordata tra il responsabile di distretto ed il medico di assistenza primaria in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le condizioni che possono dare corso all'attivazione del servizio sono quelle previste al comma 2 dell'art. 2 Allegato H D.P.R. 270/2000.

Le procedure per l'attivazione del servizio sono quelle previste all'art.3 All.H D.P.R.270/2000.

#### **E. Oneri finanziari**

- 1.La retribuzione degli accessi domiciliari dei medici di assistenza primaria avverrà secondo quanto previsto dagli artt. 5 e 6 Allegato H D.P.R.270/2000 I compensi corrisposti al

medico per le prestazioni di assistenza di cui alla lettera a) del comma 1 art 32 rientrano nell'apposito Progetto Obiettivo per il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare di cui alla DGRC 5744/2000.

2. la retribuzione dei medici di assistenza primaria per la tenuta di ciascuna cartella e per il coordinamento del caso in A.D.I. è di € **60,00** . Questa attività è gratuita per i pazienti oncologici.

3. la retribuzione degli operatori sociali è a carico dei Comuni

4. la retribuzione degli operatori sanitari ( infermieri, terapisti della riabilitazione, etc, ) sarà a carico delle A.S.L. e avverrà dopo verifica a cura dei Direttori Generali della AASSLL

5. l'erogazione dei presidi, dei farmaci, del materiale di consumo, dei sostituti dietetici e dei presidi sanitari e l'effettuazione di prestazioni diagnostiche saranno fornite direttamente dalle Aziende.

Il numero di accessi del medico di MG viene concordato con il responsabile di distretto tenuto conto del piano assistenziale previsto per il singolo caso.

Le prestazioni di particolare impegno professionale, o prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato D del D.P.R.270/2000, sono remunerate a parte nel rispetto del tetto mensile di cui al comma 9.

#### **F. Linee Guida**

Le AA.SS.LL. terranno conto nella attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale Campania n.5744 del 28.11.2000 e specificamente nello "Avvio dei Progetti Obiettivi Regionali per la realizzazione di una rete integrata di Assistenza Domiciliare" presentati dalle AA.SS.LL. come da circolare assessorile prot. n. 655 del 27 febbraio 2001 delle seguenti Linee Guida:

L'ADI intende rispondere ai bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti non autosufficienti per malattie e disabilità fisiche e psichiche, e per malattie in fase terminale.

Per la presa in carico dei pazienti in ADI sono individuati:

1. Requisiti di patologia: sono quelli previsti all'art.2 comma 2 dell'allegato H dell'ACN.
2. Requisiti di non autosufficienza: deve essere specificato il grado di non autosufficienza e lo strumento utilizzato per la sua valutazione.
3. Requisiti familiari: è richiesta l'esistenza di un supporto minimo familiare o amicale che garantisca la continuità assistenziale.
4. La presa in carico è commisurata al raggiungimento di un punteggio minimo sulla base dei punteggi e criteri individuati dal Comitato Regionale per l'appropriatezza.

Nel caso in cui le risorse umane e materiali a disposizione non possano far fronte alle domande di ADI devono essere individuati criteri di priorità per la presa in carico dei pazienti.

Per quanto attiene la definizione dei ruoli dei soggetti trattati nel presente accordo, e cioè il medico di assistenza primaria e di continuità assistenziale, si specifica quanto segue:

#### **IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

1. Accerta che il paziente risponda ai criteri d'inclusione in ADI.

2. Contatta il Medico Responsabile del distretto per l'ADI per la segnalazione e, in caso di attivazione dell'ADI, insieme concordano proporzionalmente ai livelli di intensità assistenziale del paziente :

- la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata (variabile al fine di salvaguardare le esigenze socio-sanitarie del paziente);
- la tipologia e la frequenza d'accesso degli altri operatori sanitari coinvolti;
- la disponibilità di presidi e materiali vari;
- l'eventuale richiesta di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale;
- la cadenza degli accessi del medico di assistenza primaria al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ogni caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

- ⇒ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- ⇒ tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- ⇒ attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali

- ⇒ programmati e concordati con il Medico Responsabile del distretto per l'ADI;
- ⇒ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente;
- ⇒ partecipa ai corsi di formazione specifici sull'ADI organizzati dalla ASL

#### I MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- ◆ Eseguono al domicilio del paziente sia le visite da espletare per compiti istituzionali che quelle programmate ai fini ADI;
- ◆ Propongono, se con carattere di urgenza, trattamenti farmacologici e indagini diagnostiche e ricoveri ospedalieri
- ◆ Sono coordinati dal medico responsabile del distretto che predispone il piano di lavoro, fornendo chiara indicazione del domicilio del paziente e del familiare di riferimento
- ◆ Hanno diritto ad una retribuzione, sia legata agli accessi che alle altre voci, nella stessa misura dei medici di assistenza primaria se effettuano prestazioni non previste nel loro compito istituzionale.

#### UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA

Il MMG può segnalare al Servizio Assistenza Anziani competente, anche tramite il Responsabile di distretto, la necessità di valutazione urgente da parte dell'UVG soprattutto ai fini del ricovero (temporaneo o definitivo) in struttura residenziale (RSA o casa protetta).

Le richieste di consulenza geriatrica domiciliare vengono proposte secondo procedure stabilite a livello aziendale, tenendo conto delle linee guida emanate dall'Assessorato alla Sanità e delle procedure di attivazione di consulenza specialistica previste nel D.P.R. 270/2000.

#### **Ex-ART. 39 lettera b) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)**

L'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) è disciplinata dall'Allegato G del DPR 270/2000. L'Azienda Sanitaria Locale destina all'A.D.P. una somma pari al 20% della retribuzione mensile di tutti i medici di assistenza primaria detratto l'importo di cui alla voce spese. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza di cui alla lettera b) del comma 1 non possono comunque superare complessivamente il 20% dei compensi mensili detratto l'importo di cui alla voce spese.

L'assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) è comunque una forma di assistenza a sé definita, con proprie caratteristiche di modalità di erogazione e proprio finanziamento; in sede di Accordi aziendali non è giammai proponibile una sua integrazione in progettualità specifiche per altre forme assistenziali, come l'ADI, che ne possono alterare le modalità di attivazione, di erogazione e di finanziamento.

L'attivazione, da parte dello stesso medico o da altri, del supporto sociale per iniziativa di personale dell'Azienda o anche del Comune non comporta l'obbligatorio trasferimento dell'assistito all'assistenza domiciliare integrata, laddove non esistano, a giudizio del medico di assistenza primaria, le condizioni per l'attivazione della stessa.

Al fine di favorire un'omogeneità di interventi in materia di ADP e per consentire a livello aziendale una uniforme valutazione di qualità dell'attività assistenziale espletata dai medici di assistenza primaria al domicilio del paziente non ambulabili e per valutare gli obiettivi dei livelli di spesa programmati, le parti concordano di adottare, come linea guida, la modulistica che segue.

ALLEGATO ADP

A.S.L. .... DISTRETTO ..... *località del distretto* .....  
ASSISTENZA SANITARIA MEDICINA DI BASE

Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP)  
DPR 270/2000 art. 39 lettera b), Allegato G

Generalità ..... Data di nascita .....  
Via ..... n° ...  
Località .....  
C.F. .... tel. ....

Come da art.2 Allegato G, 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 (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inf. con gravi difficoltà a deambulare)
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o 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 stadio avanzato;
- ◆ insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- ◆ arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
- ◆ gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
- ◆ cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- ◆ paraplegici e tetraplegici.

Diagnosi circostanziata.....  
.....  
.....

Durata dell'assistenza (non superiore ad un anno, salvo proroga): .....

Frequenza degli accessi (barrare): settimanale      quindicinale      mensile

*Firma e Timbro*  
.....

Per il responsabile del distretto (Allegato G art.3 comma 5,6,7)

ATTIVAZIONE: SI

NO (*specificare dettagliatamente*):  
.....  
.....

in caso di contenzioso:

Valutazione Commissione Allegato G art.3 c7

(*specificare dettagliatamente*)  
.....  
.....  
.....

**REGIONE CAMPANIA**  
**A.S.L. ....**

**ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA**  
**Registro Sanitario Domiciliare**

Medico di Assistenza Primaria -----  
Distretto Sanitario N. ... - Ambito -----

Timbro e firma -----

**GENERALITÀ DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cause di non Ambulabilità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Interventi Sanitari Extra-Domiciliari**

**Ricovero ospedaliero**

Dal	Al	Motivo

**Ricovero in Casa di Cura e strutture di Riabilitazione**

Dal	Al	Motivo

**Ricovero in Day Hospital**

dal	Al	Motivo

**Ricovero in R.S.A.**

dal	Al	Motivo

**Interventi Assistenziali nei 12 Mesi Precedenti ADP**

dal	Al	Motivo



## **Ex-Art. 39 comma 1 lettera c “ASSISTENZA DOMICILIARE nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR)”**

### ALLEGATO : Assistenza Domiciliare Residenziale

#### 1. Premessa

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività è uno dei momenti qualificativi e irrinunciabili per una risposta efficace e razionale ai bisogni della persona ospite che ha perso la propria autonomia parzialmente o totalmente.

L'impiego dei medici di famiglia nelle residenze protette e collettività, nodi essenziali della rete dei servizi socio-assistenziali, deve sostanzialmente svolgersi nella piena responsabilità a:

- a) dispiegare l'intervento professionale oltre l'ambito sanitario fino a ricomprendervi la globale considerazione del fabbisogno di salute degli ospiti sia in termini sociali che umani;
- b) collaborare con gli operatori di diversa professionalità che assistono gli ospiti, nel rispetto delle specifiche competenze.

L'assistenza del medico di assistenza primaria nelle residenze protette e collettività, a causa della diversa gradualità di interventi e per la differente tipologia dell'utenza, viene erogata in strutture socio - assistenziali differenziate.

#### 2. Ambito di applicazione

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività si esplica presso le strutture residenziali, perseguenti finalità di assistenza e di servizio sociale, dotate dei requisiti di idoneità professionale definiti dalla normativa regionale vigente.

In particolare si individuano, ai fini dell'attività di cui al presente Allegato, le seguenti categorie generali di residenza protette e collettività:

- a) Strutture socio- sanitarie a elevata intensità di tutela sanitaria;
- b) Strutture socio- sanitarie a elevata intensità di tutela sociale;
- c) Strutture sociali comunitarie.

##### a) Strutture socio sanitarie a elevata intensità di tutela sanitaria

In queste strutture è prevista l'assistenza a pazienti portatori di patologie fortemente invalidanti, già croniche o cronicizzanti che necessitano di assistenza sanitaria continuativa, la cui permanenza nelle stesse può essere anche senza limiti di tempo. Sono pazienti la cui possibilità di sopravvivenza fisica, psichica e sociale è spesso totalmente dipendente da interventi di altre persone. Essi, con diverse accentuazioni, hanno in comune la necessità di interventi complessi e globale riguardanti diversi bisogni della persona.

Le patologie proprie dominanti sono: dimissioni protette da strutture ospedaliere, insufficienze respiratorie croniche gravi, malattie degenerative del SNC, paralisi parziali e totali per esiti di diverse patologie del SNC, esiti di gravi fratture che hanno minato gravemente la possibilità di deambulare, gravi patologie psichiche.

##### b) Strutture socio- sanitarie a elevata intensità di tutela sociale.

A questa tipologia di strutture residenziali afferiscono pazienti definiti genericamente fragili, solitamente persone anziane, che con l'invecchiamento, la solitudine, per le precarie possibilità di autonomia finanziaria, o per disadattamento verso il proprio ambiente, sono per lunghi periodi ospiti in queste strutture. Questi pazienti, solitamente non affetti da patologie invalidanti gravi, hanno necessità di un intervento sanitario tendente a premiare maggiormente il momento preventivo rispetto a quello curativo, capace di promuovere tutte quelle iniziative necessarie per la prevenzione della non autosufficienza. L'obiettivo principale di questa strategia è il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica. Da qui la priorità di interventi assistenziale di tipo globale, in grado di determinare in queste strutture un ambiente favorevole, positivo, che deve essere percepito dal paziente come elemento di protezione e sicurezza in grado di far superare quella condizione di fragilità fisica e psichica del ricoverato, quasi di dipendenza, che comporta il bisogno conseguente di continuità assistenziale. A questa categoria appartengono anche pazienti affetti da patologie croniche recidivanti che, pur avendo una discreta autonomia fisica, necessitano di periodi permanenze in strutture riabilitative e comunità.

##### c) Strutture sociali comunitarie

A esse afferiscono cittadini senza nessun problema di carattere fisico, psichico e sociale che per scelta, hanno deciso di vivere in collettività e comunità. Il fatto che solitamente queste strutture

sono situate in località decentrate, isolate e lontane dai centri abitati e che molto spesso il rispetto di rigidi regole di comportamento per gli ospiti impongono di fatto l'erogazione delle prestazioni sanitarie solo sotto forma domiciliare, è motivo sufficiente di giustificazione di una quota aggiuntiva per l'erogazione delle comuni prestazioni sanitarie.

### 3. Strutture assistenziali residenziali

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni aggiuntive assistenziali previste dal presente accordo si individuano nell'ambito delle differenti tipologie strutturali di assistenza di cui al precedente art.2, le seguenti:

- A. Residenze a elevato o prevalente intervento sanitario
  - a) Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa per disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale (ex art. 26 della legge 833/78).
  - b) Strutture di assistenza sanitaria diagnostica e riabilitativa in regime residenziale per pazienti in assistenza psichiatrica residua (ex ospedali psichiatrici).
  - c) Strutture di assistenza residenziale a pazienti anziani non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.
- B. Residenze ad elevato o prevalente intervento assistenziale
  - a) Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche in regime residenziale.
  - b) Particolari forme di comunità a carattere socio- sanitarie.
- C. Altre strutture comunitarie non comprese alla precedenti lettere A e B.

### 4. Obiettivi generali.

L'assistenza erogata nelle strutture di cui al precedente art. 2 del presente Allegato, è finalizzata, attraverso le forme di responsabilizzazione del medico e delle figure professionali proprie della struttura, al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) fornire ai problemi di salute di pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti una risposta assistenziale alternativa al ricovero in ospedale;
- b) ridurre il numero dei ricoveri per patologie acute che possono essere trattate a domicilio e ottenere una conseguente diminuzione dei costi assistenziali;
- c) promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo quelle strategie di comportamento tendenti a evitare un contesto ambientale di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

### 5. Compiti del medico di assistenza primaria

All'atto di una nuova scelta o dal trasferimento di un proprio assistito all'interno di una residenza assistenziale, di cui all'articolo 2 del presente Allegato, ubicata nello stesso ambito territoriale, l'assistenza programmata è erogata dal medico di assistenza primaria il quale attiva il contatto con il medico della ASL a ciò preposto, con il responsabile della struttura e l'eventuale direttore sanitario della stessa, al fine di concordare le modalità organizzative di erogazione dell'assistenza e di presenza oraria all'interno della struttura.

Ferma restando l'autonomia organizzativa delle AA.SS.LL. circa le modalità di erogazione dell'assistenza medica e sanitaria ai degenti nelle RSA ubicate in ambito territoriale diverso di quello di residenza dell'assistito, il medico di assistenza primaria, d'intesa con il Direttore Sanitario della struttura, ove presente:

- a) attiva le consulenze specialistiche, sia per le prestazioni erogabili all'interno della struttura che per quelle esterne, e coordina e indica i percorsi assistenziali generali aggiuntivi;
- b) promuove e articola strategie di comportamento tese a eliminare tutti i fattori di rischio capaci di determinare aggravamento delle condizioni di non- autosufficienza o di incidere in modo negativo sulle capacità psicofisiche e sull'autonomia funzionale dei pazienti autosufficienti;
- c) attua annualmente le vaccinazioni previste dal piano assistenziale concordate con l'Azienda e tutte quelle ritenute necessarie ai fini della prevenzione delle malattie diffusibili;
- d) collabora con il Servizio Epidemiologico della ASL per la raccolta dei dati sulla condizione e sui bisogni degli utenti ospiti in queste strutture.

### Organizzazione dell'assistenza

L'erogazione dell'assistenza nella struttura di cui all'articolo 1, comma 1, lettera A del presente Allegato, avviene secondo le seguenti modalità:

- a) l'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali saranno concordate tra il medico che opera nella struttura e il medico dell'ASL a ciò preposto sentito il direttore sanitario della struttura.
- b) l'impegno orario assistenziale viene rapportato a 9 ore settimanali, con obbligo di frequenza giornaliera, esclusi il sabato e i giorni festivi, ogni 30 assistiti affidati. Nel caso in cui gli assistiti in carico siano in numero inferiore a 30 l'impegno orario è parametrato in proporzione. Ove il numero degli assistiti affidati sia superiore a 30, le ore di presenza settimanale del medico sono concordate con il medico dell'ASL a ciò preposto sentito il direttore sanitario della struttura fino a un tetto massimo complessivo di 15 ore settimanali . Per impegni inferiori a 6 ore settimanali gli accessi sono concordati con il medico dell'ASL a ciò preposto sentito il direttore sanitario della struttura.
- c) il rispetto della presenza oraria sarà documentata mediante firma su apposito modulo.
- d) ove nella stessa struttura operino più medici di assistenza primaria, gli stessi si impegnano a concordare eventuali forme di organizzazione.

#### 7. Individuazione dei medici

Per l'individuazione dei medici di assistenza primaria iscritti nell'elenco dei medici convenzionati dell'ambito territoriale dove è ubicata la struttura o in subordine tra quelli presenti negli ambiti territoriali limitrofi, tenendo conto della disponibilità dei medici e dei seguenti titoli, sono da prendere in considerazione le condizioni nella successione di seguito indicata:

- a) minor numero di scelte o minore incarico orario;
- b) medico che non svolge attività libero-professionale strutturata ai sensi dell'ACN;
- c) un solo rapporto convenzionale tra quelli previsti ai sensi del DPR 270/2000;
- d) possesso di una delle seguenti specialità: geriatria, medicina interna, cardiologia, neurologia;
- e) possesso di altre specialità;
- f) maggiore anzianità di titolarità quale convenzionato.

Nel mese di dicembre di ogni anno, le Aziende Sanitarie Locali tramite il Comitato Aziendale sono tenute a formulare la graduatoria per assegnare gli eventuali incarichi a far data dal 1° gennaio al 31 dicembre in conformità ai requisiti stabiliti nel presente articolo

#### 8. Attivazione dell'assistenza

L'Azienda ASL individua e classifica con apposito Atto, d'intesa con il Comitato Aziendale, le residenze assistenziali di cui all'articolo 1 lettere A, B, C del presente Allegato e procede all'avvio dell'attività assistenziale secondo le modalità fissate dal precedente articolo. All'atto di un nuovo ingresso all'interno di una residenza assistenziale di cui all'articolo 1 ubicata in un ambito territoriale diverso da quello di residenza dell'assistito, il medico della ASL a ciò preposto, con il responsabile della struttura e l'eventuale direttore sanitario della stessa, concorda le modalità organizzative di erogazione dell'assistenza e di presenza oraria all'interno della struttura.

#### 9. Trattamento economico

L'attività di assistenza programmata ai pazienti ospiti delle strutture di cui all'art. 5 del presente Allegato viene retribuita in aggiunta alla quota fissa spettante al medico di assistenza primaria dell'assistito residente nello stesso ambito territoriale, con un compenso forfettario aggiuntivo, differenziato in rapporto alla tipologia della struttura dove viene effettuata la prestazione, corrispondente a un differente impegno professionale richiesto.

È demandata alla contrattazione aziendale la definizione dell'onorario professionale per assistito, oltre l'ordinario compenso previsto all'art.45 del D.P.R.270/2000.

#### 10. Modalità di pagamento

Al fine della corresponsione della quota aggiuntiva, da effettuarsi entro i due mesi successivi a quello di competenza, il responsabile della residenza protetta o della collettività inoltrata al distretto, entro il 10 di ciascun mese, il foglio riepilogativo mensile degli accessi eseguiti da ciascun medico, debitamente sottoscritto in occasione di ogni presenza .

#### 11. Sospensione del programma

Il programma assistenziale rimane sospeso nel periodo di ricovero ospedaliero dell'assistito, con conseguente mancata erogazione, per il periodo stesso, della quota aggiuntiva.

#### 12. Cessazione del programma

Il programma assistenziale e il diritto a percepire le relative quote aggiuntive cessano per:

- decesso dell'assistito;
- dimissione definitiva dell'assistito;
- cambio del medico;
- risoluzione del rapporto convenzionale.

### 13. Controversie

Eventuali controversie interpretative insorte in sede di applicazione del presente Allegato vanno sottoposte alla valutazione del Comitato Regionale di cui all'art. 12 del DPR 270/2000.

### **Ex-Art. 35 - Rapporti fra il medico di famiglia e l'ospedale e le Aziende universitarie**

1. Al fine di una corretta e puntuale osservanza di tutto il dispositivo dell'art.35 (commi 1, 2, 3, 4 e 6) D.P.R. 270 e dal D.G.R.C. 1018/2001 è istituita in ogni Azienda una commissione (come prevista dal comma 5 art.35) composta da due medici di MG (presenti negli uffici di coordinamento delle attività distrettuali), da due medici ospedalieri e due funzionari medici dell'Azienda.

2. Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere(AA.OO.) e le Aziende Universitarie Policliniche (AA.UU.PP.) la commissione è costituita da due medici di MG i designati dalle OO. SS. maggiormente rappresentative, da due medici designati dalle AA. OO. o AA. UU. PP., e da un medico designato dall'Ordine dei Medici della città Capoluogo.

### **Ex-Art. 36 - Assistenza integrativa**

Se ai sensi dell'art.36 comma6 l'Azienda non è in grado di garantire, in modo efficace e con modalità non penalizzanti per l'assistito, l'erogazione e il relativo frazionamento mensile di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio, come da proposta annuale da parte del medico di assistenza primaria all'Azienda stessa, e se il medico di assistenza primaria deve provvedere al frazionamento mediante prescrizioni periodiche, per ogni prescrizione aggiuntiva alla proposta annuale è prevista la corresponsione di € **15,49** (P.I.P.P. Aggiuntiva).

Per la prescrizione di presidi per pazienti diabetici è previsto, indipendentemente dal numero di prescrizioni, il seguente frazionamento

- una sola prestazione mensile per i presidi iniettivi (siringhe, aghi penna)
- una sola prestazione mensile, o di maggiore periodicità, per i presidi di automonitoraggio (strisce reattive, lancette, apparecchio pungidito)

### **Ex-Art. 40 - Forme associative e cooperative mediche**

Nell'ambito delle forme di associazionismo sono da potenziare particolarmente quelle che, prevedendo l'utilizzo di sistemi informatizzati con strutturazione in rete, permettono una integrazione dell'attività dei medici che ne fanno parte con le strutture del distretto e dell'Azienda.

Le associazioni di medicina in rete, attivando le condizioni previste, permettono di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini realizzando una maggiore fruibilità e accessibilità ai servizi e alle attività dei medici associati. Il coordinamento funzionale per via telematica facilita i centri di prenotazione del distretto e dell'azienda, semplifica la realizzazione di programmi di prevenzione e di cura, individuando i tempi e le modalità degli interventi nel controllo delle patologie. In tal senso si ritiene non solo di confermare, come previsto dall'articolo 40 comma 11, 12, 13 e 15 del D.P.R. 270/2000, le forme associative in rete e di gruppo, ma di incentivare tale forma di organizzazione e gestione delle attività.

### **FORME ASSOCIATIVE Ex-Art.40 Comma 3 Lettera a)**

1. Le forme associative di cui al comma 3 lettera a) si ispirano ai criteri generali previsti al comma 4 e sono dichiarate in un accordo stipulato e sottoscritto da tutti i medici partecipanti all'associazione. Tale accordo deve essere depositato presso l'Assessorato regionale alla Sanità, l'Azienda e l'Ordine dei Medici di appartenenza tramite raccomandata A/R con un regolamento interno, che deve prevedere altresì le condizioni previste al comma 7 e comma 8 e comma 9.

2. I medici che aderiscono a queste associazioni devono operare nel medesimo ambito territoriale di scelta, fatto salvo coloro che ai sensi del I° Accordo Regionale campano hanno aderito ad una forma associativa, con obbligo di essere in rete entro un anno, e che mantengono la loro adesione ad una società riconosciuta giuridicamente come cooperativa.
3. Le associazioni attivate dalla data di pubblicazione del D.P.R. 270/2000 e rispondenti ai criteri previsti all'art.40 hanno diritto alla corresponsione degli emolumenti previsti con la decorrenza stabilita dall'ACN.
4. La Regione, tramite il Comitato regionale ex art.12, verifica che il numero dei medici che svolgono l'attività di medicina in associazione non superi la percentuale massima del **40%** degli assistiti nella regione. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo di **€ 2,58** per assistito, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione.
5. La Regione, tramite il Comitato regionale ex art.12, verifica che il numero dei medici che svolgono l'attività di medicina in rete e di medicina di gruppo non superi globalmente la percentuale del **60%** degli assistiti nella regione. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di rete è dovuto un compenso forfetario annuo di **€ 4,50** per assistito, con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente Accordo. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo è dovuto un compenso forfetario annuo di **€ 5,00** per assistito.
6. Le Aziende corrispondono le indennità di associazionismo fino al limite delle suddette percentuali considerate uguali anche su base aziendale, 40% per la medicina in associazione e 60% globale per la medicina in rete e di gruppo.
7. Ogni forma associativa deve prevedere i criteri generali del comma 4 dell'art.40 dell'ACN.
8. Ciascun medico può accedere, in ottemperanza alle limitazioni previste dall'Ente Garante per la Privacy, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici dell'associazione.

#### **FORME ASSOCIATIVE Ex-Art.40 Comma 3 Lettera b)**

1. Le forme associative ex comma 3 lettera *b)* sono le forme associative, quali Società di servizio anche cooperative, nel cui statuto sia previsto che i soci sono per maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda o dei Comuni comprendenti più Aziende in cui esse operano e che garantiscono le modalità operative, per le singole associazioni, di cui alla parte del presente Accordo che norma le associazioni ex comma 3 lettera *a)*.
2. Sono fatti salvi gli accordi regionali stipulati ai sensi del D.P.R.484/96 che non prevedevano per le forme associative aderenti a società di servizio, anche cooperative, la limitazione della loro estensione operativa e territoriale al livello della ASL.
3. Le forme associative di cui al comma 1 del presente articolo non possono fornire prestazioni sanitarie. Invece, possono fornire beni o servizi anche a medici non associati; possono altresì fornire beni o servizi come supporto alla libera professione individuale degli associati e non, anche nei rapporti con la Mutualità Integrativa.
4. Ad integrazione di quanto enunciato all'art.40 comma 16 D.P.R.270/00, si precisa che solo le OO. SS. firmatarie dell'ACN assumono il ruolo di soggetto contrattuale, anche in presenza di proposizioni progettuali della parte pubblica, a livello regionale e/o aziendale e/o distrettuale, della quale resta ferma la podestà di formulare proposizioni e iniziative idonee a migliorare l'assistenza primaria a favore dei cittadini.
5. Le Società Cooperative a responsabilità limitata., di seguito denominate S.C. a r.l. mediche, attualmente presenti nel territorio regionale costituiscono un cospicuo patrimonio del S.S.R. le cui peculiarità sono rappresentate dalla caratteristica solidaristica propria dell'impresa cooperativistica e dai livelli organizzativi logistici ed infrastrutturali che hanno conseguito. Il S.S.R. può avvalersi di prestazioni e servizi non sanitari da esse forniti a livello regionale, aziendale e distrettuale, sulla scorta di quanto previsto espressamente dal D.P.R. 270/2000 e dal presente Accordo come di seguito disposto.  
A ) Servizi e prestazioni da svolgersi esclusivamente da parte delle forme associative, di cui al comma 1 del presente articolo, per conto del S.S.R.

Preso atto che le S.C. a r.l. mediche hanno già prodotto per i propri soci strutture organizzate e sofisticate nel settore informatico e telematico configurandosi sotto questo profilo come forme complesse di Medicina in rete, e considerato che, in riferimento alla delibera della Giunta Regionale n.3538 del 20/07/2001, diviene interesse strategico del S.S.R. la realizzazione in tempi brevi di un sistema di e-government della Sanità, di cui parte integrante deve essere l'organizzazione e la valutazione delle informazioni generate dai dati provenienti dalla Medicina Generale, al fine di regolamentare ed uniformare sul territorio regionale tale delicata ed importante realtà, viene stabilito che, per effetto del presente Accordo, alle forme associative di cui al comma 1 del presente articolo siano affidate le seguenti funzioni:

- Assemblaggio dei dati di costo per patologia che già vengono elaborati e forniti dal singolo MMG alle strutture distrettuali, nel rispetto di quanto previsto al capitolo "Indennità Informatica" della D.G.R.C 8052/1997, al fine di superare le discrasie attualmente esistenti nella ricezione e fruizione da parte dei servizi informativi delle AA.SS.LL. I dati per patologia devono permettere di individuare chiaramente le prescrizioni mensili per assistito relative ai ricoveri, alle prestazioni riabilitative, alle prestazioni specialistiche, alle indagini strumentali e diagnostiche, alle prescrizioni farmaceutiche ed ad altre prescrizioni.
- Supporto gestionale ed organizzativo per l'attività di ricerca epidemiologica clinica e farmacologica correlata alla fornitura di dati ed informazioni comunque aggregati e/o selezionati in relazione a specifiche esigenze espresse dai promotori di dette attività. In tale ambito va previsto, in modo vincolante per le AA.SS.LL., l'assemblaggio dei dati delle schede Bilancio di Salute dell'Anziano finalizzate a fornire alle AA.SS.LL. ed all'Assessorato alla Sanità tutte le informazioni utili allo studio accurato e capillare delle condizioni socio sanitarie della popolazione ultrasessantacinquenne, ad indispensabile integrazione e qualificazione dei Progetti di assistenza agli anziani già in atto e specificamente finanziati dalla Regione Campania.
- Supporto ad attività di screening in cui siano coinvolti attivamente i medici di assistenza primaria, sul territorio regionale e/o aziendale e distrettuale.
- Supporto informatico e telematico alla gestione dei Livelli di Spesa Programmati in sede regionale ed attuati in ambito distrettuale e di ASL, previa individuazione, nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per la Formazione obbligatoria prevista ai sensi dell'art 8 del presente Accordo, dei criteri normativi e certificazione dei principi scientifici propedeutici alla trattazione del tema della appropriatezza delle cure per le patologie a forte impatto socio sanitario ed economico, e con indispensabile attivazione dei percorsi di implementazione e valutazione di Linee Guida Regionali ed di sperimentazioni del Budget di distretto come da DGRC n.3513 del 20.07.2001 .
- Collaborazione a mezzo di fornitura di infrastrutture logistiche, telematiche e di servizio (Banche Dati) allo sviluppo ed alimentazione di datawarehouse (DWH) della M.G., organizzati e finalizzati alla lettura dei dati generati nell'attività dei medici di M.G. fruitori dei servizi, tramite l'applicazione di metodiche di reporting predefinito del tipo previsto nell'ex-art.45 del presente Accordo comma 3, o/e con l'utilizzo di cruscotti di sintesi per la lettura immediata e sintetica di particolari indicatori ed, infine, con il criterio del data-mining, ovvero con l'applicazione di metodologie di indagine in grado di individuare relazioni non esplicite tra i diversi dati della DWH. Ciò nella prospettiva di fornire il contributo delle informazioni provenienti dalla Medicina Generale secondo protocolli pre-concordati ed in una condizione di effettiva relazionabilità elettronica con le DWH delle AA.SS.LL. e delle strutture di e-government regionali eventualmente predisposte, in quanto estraibili da sensori elettronici collegati a classificazioni standard degli eventi da valutare ( CODIFA , classif. ICD9, Nomenclatore tariffario regionale e nazionale, DRG, ecc.).

Le forme associative di cui al comma 1 del presente articolo dovranno essere rubricate in un Albo Regionale appositamente allestito e depositato presso il Comitato ex art.12, previa esibizione della seguente documentazione:

- a) Statuto
- b) Regolamento interno
- c) Atto di riconoscimento del Tribunale

- d) Iscrizione alla Camera di Commercio
- e) Indicazione dei dati relativi agli organi di dirigenza
- f) Auto-certificazione dei Presidenti dei Consigli di Amministrazione sulla assenza di procedimenti disciplinari di natura amministrativa o penale
- g) Auto certificazione sulla idoneità dei servizi di Banca Dati dell'Impresa in ottemperanza alle norme delle leggi sulla Privacy e del rispetto di esse da parte dei singoli Soci e di quanti, anche non soci, dovessero usufruire dei servizi informatici della Cooperativa
- h) Certificazione da parte delle AA.SS.LL. dell'avvenuta presa d'atto della costituzione di una S.C. a r.l.
- i) La Dichiarazione di Disponibilità a partecipare a tutte le ulteriori iniziative concordate nell'ambito del suindicato Capitolato volte al miglioramento ed incremento qualitativo delle prestazioni in elenco, previo accordo con le OO. SS. firmatarie dell'ACN e valutando di volta in volta le variazioni dell'impegno economico da queste eventualmente determinate.

Per la effettuazione dei servizi di cui al comma 5 lettera A del presente articolo verrà riconosciuto alle forme associative quali Società di servizio, anche cooperative, il compenso forfetario annuo di **€ 0,40 euro + IVA** per assistito trattato fino al 40% della popolazione, di **€ 0,60 + IVA** per assistito trattato dal 41 al 60% della popolazione, prevedendo per ciascuna forma associativa di cui al comma 1 del presente articolo un bacino di utenza di almeno 9000 cittadini, detratta l'età di esclusiva pediatrica. La erogazione dei servizi può essere organizzata dalle forme associative, di cui al comma 1 del presente articolo, anche in forma di consorzio. È competenza degli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza valutare il raggiungimento della performance in percentuale prevista, per ciascuna società di servizio iscritta all'Albo Regionale, e redigere le statistiche A.S.L. I dati vengono inviati trimestralmente all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza.

B) Servizi da assicurare a favore del S.S.R. tramite contrattazione diretta a livello Aziendale con appositi capitolati e con fondi da reperire nell'ambito delle risorse assegnate dal fondo regionale alle singole AA.SS.LL.

- allestimento e gestione di corsi di alfabetizzazione informatica da rivolgere ai medici delle Associazioni, al fine di ottenere l'utilizzo ottimale della Cartella Clinica Orientata per Problemi e dei sistemi di RRS;
- supporto organizzativo e gestionale alla attività di ECM e Formazione Permanente promossi in ambito di progetti specifici dalle singole AA.SS.LL. o Distretti;
- supporto strutturale, organizzativo e gestionale al sistema dei CUP aziendali ed al CUP regionale;
- organizzazione e gestione della Assistenza Domiciliare Integrata anche nelle forme consorziali semplici e di Consorzi Sociali in collaborazione con Enti Locali, Comunità Montane e con Associazioni di Volontariato. In tale ambito va contemplato il ruolo e l'impiego delle Società di servizio, anche cooperative, nella gestione delle residenze protette per anziani e degli ospedali di comunità;

Per l'attivazione di tali servizi, fatta salva l'autonomia delle singole AA.SS.LL. i Direttori Generali, previa concertazione con le OOSS firmatarie, nell'affidamento degli stessi, comunque nel rispetto delle modalità previste dalla legge, devono tener conto del seguente criterio: trattandosi di prestazioni ad alto contenuto di specificità disciplinare, le Società di servizio, anche cooperative, anche in A.T.I., Associazioni Temporanee di Impresa, costituiscono Imprese interlocutrici da considerare preferenziali per la evidente contiguità operativa con la Medicina Generale.

#### **Personale di studio**

**Ex-Art.45 lettera B4 Indennità di collaboratore di studio medico**

**Ex-Art.45 lettera B5 Indennità di personale infermieristico**

1. Ai fini dell'individuazione dei medici aventi diritto, nei limiti previsti dall'art.45 B4 e B5 tra gli iscritti negli elenchi dei medici di assistenza primaria, all'indennità di collaboratore di studio medico e di personale infermieristico:

a) ciascuna Azienda ASL definisce la popolazione che corrisponde alla percentuale del **25%** (per il collaboratore di studio medico) e del **5%** (per il personale infermieristico) in ambito aziendale;

b) l'utilizzo di detto personale può avvenire attraverso l'instaurazione di un rapporto d'impiego anche part-time o attraverso l'acquisizione del servizio da società, cooperative, nonché attraverso ogni forma prevista dalla normativa;

c) fatto salvo le collaborazioni già in essere e per le quali viene già corrisposta l'indennità e di cui tener conto nel computo delle percentuali, i medici interessati avanzano istanza all'Azienda ASL per la corresponsione delle indennità di collaboratore di studio medico e personale infermieristico, allegando il contratto individuale di lavoro oppure il contratto dal quale risulti la fornitura del servizio da parte di società o cooperative;

d) le Aziende corrispondono le indennità mensilmente, tenendo presente il criterio cronologico di instaurazione del rapporto di lavoro.

2. Nel caso di un medico che operi in associazione, per le figure di collaboratore di studio e di personale infermieristico è possibile sia l'acquisizione diretta da parte del singolo medico dell'associazione sia la fornitura del servizio da società o cooperative; nel secondo caso il personale di studio può essere utilizzato da più medici in associazione cumulando un minimo di almeno 20 ore settimanali.

3. Al medico che utilizza entrambe le figure di collaboratore di studio e di personale infermieristico, nel rispetto delle percentuali previste, sono corrisposte entrambe le indennità.

4. Nel caso in cui il collaboratore di studio e/o il personale infermieristico operi per conto di medici costituenti una medicina di gruppo, il contributo è corrisposto, in misura piena, al medico o ai medici che abbia o abbiano provveduto direttamente all'acquisizione nel rispetto delle norme di cui al punto b) del comma 1, senza alcun rapporto predeterminato tra numero dei medici aderenti al gruppo e numero di collaboratori e/o infermieri assunti.

5. Se dovesse essere raggiunto il tetto percentuale per l'indennità l'Azienda lo comunica al Comitato Regionale ex art.12. Nel caso in cui a livello aziendale le domande di corresponsione delle indennità risultassero eccedenti rispetto alle percentuali previste all'art.45 B4 e B5 sarà possibile accoglierle sino al raggiungimento delle percentuali di cui al comma 1 nell'ambito regionale, dopo relativa comunicazione del Comitato ex-art.12 alla Azienda che abbia sollecitato tale possibilità. Le parti si impegnano, tramite il Comitato ex art 12, a riconsiderare le percentuali di cui al comma 1 del presente articolo nell'ipotesi che vengano superate a livello regionale, entro 60 giorni dal superamento delle stesse.

### **Ex-ART.45 C3 ed ART.70 comma 3 Prestazioni ed attività informatiche**

1. Nel disegno strategico di un processo di qualificazione delle procedure prescrittive dei medici di assistenza primaria e ritenendo lo strumento informatico un requisito fondamentale atto a migliorare le capacità professionali per realizzare modalità assistenziali adeguate alle esigenze complessive della salute dei cittadini e coerenti con le esigenze programmatiche regionali e aziendali, le parti firmatarie del presente Accordo intendono promuovere lo sviluppo dell'informatizzazione al massimo livello e nella forma più estensiva possibile, con l'obiettivo fondamentale della messa in rete di tutto il sistema assistenziale del territorio.

2. Fatto salvo quanto previsto all'art. 45 lettera B3 dell'A.C.N., le Aziende riconoscono uno specifico compenso aggiuntivo a quota capitaria annua per assistito in carico, frazionato in dodicesimi, secondo quanto previsto al successivo comma 3, ai medici di assistenza primaria aderenti a tale programma di sviluppo informatico a fronte delle prestazioni di cui ai successivi commi.

3. Le attività e le prestazioni informatiche identificate quali sicuramente di interesse riguardano la fornitura di reports prescrittivi globali aggregati per problema, demografici (dati organizzati per fasce di età), statistico-epidemiologici (dati di prevalenza suddivisi per fasce di età delle patologie di maggiore impatto sociosanitario). Il medico di assistenza primaria è tenuto a comunicare alla ASL un recapito e-mail e ad impegnarsi al controllo quotidiano dei messaggi pervenuti. Le AASSLL cureranno la tenuta di un elenco generale delle caselle di posta elettronica dei medici di assistenza primaria.

In particolare lo specifico compenso di cui al comma 2 riguarda una quota capitaria annua per assistito, frazionata in dodicesimi, pari a € 3.50 per la fornitura dei dati alla ASL, su supporto informatico compatibili con i sistemi informativi aziendali.

4. È demandata alla contrattazione aziendale la attivazione della fornitura alle Aziende di servizi relativi alla implementazione della Cartella Clinica on-line, con disponibilità dei dati sanitari degli assistiti, attraverso la consultazione di Banche Dati di sistemi informativi integrati in rete, con conseguente integrazione tecnologica dei percorsi assistenziali, nell'assoluto rispetto delle norme sulla tutela della Privacy.

5. Per la disponibilità alla partecipazione al progetto regionale del CUP, ai medici di assistenza primaria che adotteranno le procedure di teleprenotazione sarà corrisposta una quota capitaria annua, frazionata in dodicesimi, da stabilirsi al momento in cui sarà data attuazione al progetto regionale del CUP, tramite riunione del tavolo di contrattazione costituito dal Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria, dal Direttore dell'ARSAN e dai responsabili regionali delle OO. SS. firmatarie dell'ACN; le modalità applicative del progetto saranno soggette a contrattazione aziendale.

6. Il diritto al compenso, di cui al comma 3 del presente articolo, decorre dal momento della consegna dei *reports* (che deve avvenire entro il giorno 10 del mese successivo) e previa presentazione da parte del medico di una autocertificazione (Allegato Autocertificazione) dei requisiti necessari alla corresponsione dell'indennità per le prestazioni informatiche elencate nel presente capitolo, secondo quanto previsto all'art.45 lettera C3 comma 1, 3, 4 dell'ACN.

7) E' fatto obbligo per le AASSLL procedere alla verifica ed alla successiva corresponsione dei compensi.

#### **ALLEGATO INDENNITA' INFORMATICA AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI NECESSARI ALLA CORRESPONSIONE DELL'INDENNITA' INFORMATICA**

Il sottoscritto dott. ....  
convenzionato con la A.S.L. ...., distretto ..., codice regionale .....  
dichiara:

- 1) di conoscere le conseguenze civili e penali di falsa dichiarazione;
- 2) di possedere i requisiti di cui all'art.45 B3 punto1 D.P.R.270/2000, con relativa corresponsione della indennità prevista;
- 3) di possedere adeguato software gestionale che consente:
  - a) registrazione e manutenzione dei dati anagrafici
  - b) registrazione dei dati storici, registrazione dei problemi e loro aggiornamento
  - c) registrazione e stampa (non inferiore al 70%) su ricettario del SSN di terapie, accertamenti, riabilitazione e integrativa
  - d) registrazione delle esenzioni nelle diverse tipologie
  - e) gestione vaccinazioni e accertamenti in scadenza per protocolli di prevenzione
  - f) mantenimento efficienza del sistema con copie di *backup* a periodicità almeno mensile
  - g) registrazione delle problematiche e delle prescrizioni domiciliari;
  - h) stampa della scheda sanitaria a richiesta dell'assistito
  - i) aggiornamento periodico del prontuario farmaceutico con principio attivo, ATC e prezzo
  - j) monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, degli accertamenti, delle terapie riabilitative e integrative
  - k) compilazioni di liste di pazienti selezionati per determinate caratteristiche, come da progetti - obiettivo concordati
  - l) possibilità di ricerca sui campi presenti in archivio, come da progetti concordati
  - m) possibilità di collegamento con il centro unico di prenotazione

Il sottoscritto dott. ....dichiara che il sistema è attivo dal .....

Lì, .....

*firma e codice del dichiarante*

### CAPO III

#### LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

##### Premessa

La legge regionale 2/94, i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 e il D.P.R.270/2000 definiscono la continuità assistenziale un servizio pubblico essenziale e indispensabile, anello importante tra il Servizio Sanitario Nazionale ed il cittadino. Il presente Accordo regionale definisce, nell'organico e nei compiti, il ruolo ed il quadro assistenziale regionale di tale Servizio considerato parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria per gli interventi che necessitano di un intervento sanitario, sia programmato sia di urgenza.

##### **Art.1 - Criteri generali (ex-art.48 ACN)**

1. In Regione Campania le attività di continuità assistenziale sono svolte da:

- a) medici titolari di incarico a tempo indeterminato in Aziende Sanitarie Locali della Regione di cui alla norma finale n. 1 comma 2 del DPR 270/2000;
- b) medici convenzionati sulla base della disciplina di cui all'art.49 del DPR 270/2000 e degli artt. seguenti del presente Capo.

2. Quanto definito negli articoli del presente Capo è riferito ai medici attualmente in servizio, in base ai dispositivi vigenti ed alle eventuali modifiche o integrazioni successivamente apportate in relazione alle linee di programmazione regionale, previa intesa con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo.

##### **Art.2 – Distrettualizzazione del servizio – Zone disagiate**

1. Nell'ambito della razionalizzazione e della distrettualizzazione del Servizio, è previsto almeno un presidio per ogni Distretto che, potrà essere affiancato, previa programmazione regionale, da uno o più presidi satelliti.

2. Il compito di identificare le “zone disagiate” fino alla copertura del **10%** della popolazione regionale, la dislocazione e l'idoneità dei presidi ed i mutamenti che dovessero rendersi necessari per il miglioramento del servizio, sarà competenza del Comitato Regionale ex-art.12 su indicazione dei Comitati Aziendali, entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Accordo.

##### **Art.3 - Incarichi (ex-art.49 ACN)**

1. Di norma entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno la Regione Campania pubblica sul BURC, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, l'elenco delle zone carenti per la continuità assistenziale individuate nel corso del semestre precedente nell'ambito delle singole Aziende Sanitarie Locali. La Regione provvede all'organizzazione centralizzata dell'assegnazione da parte delle ASL degli incarichi a tempo indeterminato secondo le modalità previste dalla vigente normativa.

2. L'Azienda Sanitaria Locale conferisce gli incarichi a tempo indeterminato:

a) ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale secondo quanto disposto dalla lett. a) comma 2 art. 49 D.P.R. 270/2000; detti medici vengono graduati secondo l'anzianità di incarico a tempo indeterminato e, in caso di parità, nell'ordine dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea e dalla minore età.

b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale per la medicina generale valida per l'anno in corso, non titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale alla data della scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti per cui si concorre, graduati secondo quanto previsto dal comma 5 art.49 D.P.R. 270/2000

3. Gli interessati presentano domanda unica all'Ufficio Regionale Permanente Graduatorie e Carenze entro trenta giorni dalla pubblicazione delle carenze sul BURC, specificando l'Azienda per la quale si ha diritto alla attribuzione del punteggio di residenza. La domanda e i documenti allegati saranno presentati secondo le modalità previste nel bando. L'assegnazione delle zone

carenti di Continuità assistenziale avviene in maniera centralizzata a livello regionale e formalizzata a livello di Azienda Sanitaria Locale. Nell'Ufficio Regionale Permanente Graduatorie e Carenze è prevista la presenza operativa delle OO.SS. firmatarie del presente Accordo. L'assegnazione centralizzata ha per scopo l'assegnazione di tutte le zone carenti disponibili pubblicate sul BURC nelle varie ASL della Regione e nel rispetto delle percentuali di riserva dei posti previste dal presente Accordo.

4. L'Ufficio Regionale Permanente Graduatorie e Carenze convoca entro trenta giorni, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o telegramma, in un'unica seduta e presso una unica sede, graduati come sopra indicato, prioritariamente i medici di cui al punto 2 lett. a, ed entro i successivi venti giorni i medici di cui al punto 2 lett. b, per assegnare le zone carenti residue. Alle operazioni di assegnazione di incarico presenzieranno funzionari di ciascuna ASL, in cui sono presenti le zone carenti da coprire.

5. L'Azienda provvede, prima di comunicare le carenze alla Regione, informato il Comitato ex art.11, al trasferimento intraziendale, previa richiesta, dei medici con incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nella stessa Azienda sulla base di una apposita graduatoria aziendale da inviare per conoscenza all'Ordine dei Medici.

6. L'Azienda conferisce l'incarico a tempo indeterminato, previo accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" DPR 270/2000, ed entro dieci giorni comunica all'interessato, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, il provvedimento del Direttore Generale con l'indicazione del giorno di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici; solamente per quanto previsto al comma 15 art.49 D.P.R.270/00 si fa riferimento alla data di accettazione dell'incarico da parte del medico come da punto 5 del presente articolo.

#### **Art.4 – Massimali (ex-art.50 ACN)**

1. Il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un minimo di 12 ed un massimo di 24 ore settimanali più un plus orario di 4 ore settimanali presso una sola Azienda. Il plus orario settimanale non concorre alla determinazione del massimale orario.

#### **Art.5 - Compiti del medico(ex-art.52 ACN)**

1. Il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dall'Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi.

2. Il medico in servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico che continua il servizio. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno per esigenze di servizio spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio stesso.

3. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'art.57 del D.P.R.270/2000.

4. Il medico di C.A., a richiesta, partecipa attivamente al programma A.D.I. per l'ambito territoriale del presidio, con accessi programmati e concordati con il medico di Assistenza Primaria, da effettuarsi durante le ore di servizio; il responsabile del Distretto comunica ai presidi di C.A. le generalità dei pazienti in ADI e il nominativo del medico di A.P. che li assiste; al medico di C.A. spetta per accesso e prestazioni un compenso pari al medico di A.P.

5. Il medico di C.A. partecipa alle attività previste nel presente Accordo a livello regionale ed aziendale. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di medicina generale che partecipano a tali attività.

6. Il medico di C.A. partecipa ai Protocolli Applicativi specifici previsti nel Piano triennale proposto dall'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni di cui all'art 1 bis del presente accordo. Per i medici di *Continuità assistenziale* tali protocolli devono prevedere il contenimento della spesa farmaceutica anche attraverso progetti di informatizzazione dell'attività effettuata, della promozione e dell'utilizzo del farmaco

generico e delle farmacie pubbliche, seguendo quanto indicato nei protocolli applicativi del Piano triennale, per l'appropriatezza dei ricoveri, per incrementare l'assistenza domiciliare.

La verifica del raggiungimento degli specifici obiettivi annuali rientra nelle competenze del Comitato ex art 11 che fornirà ai Direttori Generali delle AASSLL ed all'Assessorato alla Sanità le valutazioni per il raggiungimento degli obiettivi e per l'attivazione dei meccanismi sanzionatori previsti dall'ACN.

#### **Art.6 - Competenze delle Aziende (ex-art.53 ACN)**

1. L'Azienda è tenuta a fornire al presidio di continuità assistenziale i farmaci e il materiale necessari all'effettuazione degli interventi istituzionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Azienda garantisce che i presidi siano in possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida regionali per l'organizzazione dei presidi SAUT e C.A., delibera DGRC n.10287 del 31.12.1998, BURC n°11 del 22.02.1999 e dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori, ai sensi del D. Lgs 626/94, di idonei locali, per la sosta e il riposo dei medici, di armadi per la custodia dei farmaci e dei materiali di cui al comma 1 del presente articolo, nonché di servizi igienici e di posto sosta per i mezzi di servizio e per i mezzi del personale adeguatamente coperti e protetti.

#### **Art.7 - Sostituzioni e incarichi provvisori (ex-art.55 ACN)**

1. Entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria annuale definitiva di Medicina Generale, il medico interessato, inserito in graduatoria o nelle condizioni previste dalla norma transitoria n. 7 e dalla norma finale n. 10 del D.P.R.270/2000, deve comunicare alla propria A.S.L. di residenza la disponibilità ad accettare per la Continuità Assistenziale:

- a) incarichi di sostituzione nella A.S.L. di residenza;
- b) incarichi di sostituzione nelle A.S.L. confinanti.

Entro i successivi trenta giorni la A.S.L. provvede a formalizzare con delibera la graduatoria A.S.L. degli aventi diritto a ricoprire incarichi di sostituzione, graduati conformemente alla graduatoria regionale, vigente per la Medicina Generale.

2. L'Azienda, per sostituzioni superiori a 9 giorni, conferisce l'incarico di sostituzione previo l'accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" DPR 270/2000, con priorità per i medici residenti nel territorio della A.S.L e secondo l'ordine della graduatoria A.S.L ai sensi del comma 1 del presente articolo ed in subordine con le graduatorie redatte rispettivamente ai sensi della norma transitoria n. 7 e della norma finale n. 10 del D.P.R.270/2000. Tale incarico non potrà superare i tre mesi e non potrà riguardare lo stesso medico per più di tre volte l'anno.

#### **Art.8 - Organizzazione della reperibilità (ex-art.56 ACN)**

1. Entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria annuale definitiva di Medicina Generale, il medico interessato, inserito in graduatoria o nelle condizioni previste dalla norma transitoria n. 7 e della norma finale n. 10 del D.P.R.270/2000, deve comunicare al proprio Distretto di residenza la disponibilità ad accettare per la Continuità Assistenziale:

- a) incarichi di reperibilità nell'ambito del Distretto di residenza;
- b) incarichi di reperibilità nell'ambito dei Distretti confinanti.

2. Il Distretto individua con le procedure previste al comma 1 del presente articolo i nominativi di tutti quei medici, residenti nei propri Distretti e in subordine nei Distretti confinanti, che abbiano dato la loro disponibilità ad effettuare i turni di reperibilità predetti.

3. Il Distretto conferisce l'incarico di reperibilità previo l'accertamento di insussistenza di cause di incompatibilità secondo lo schema dell'allegato "L" DPR 270/2000, con priorità per i medici residenti nel territorio del Distretto e secondo l'ordine della graduatoria distrettuale ai sensi del comma 1 del presente articolo, ed in subordine con le graduatorie redatte rispettivamente ai sensi della norma transitoria n. 7 e della norma finale n. 10 del D.P.R.270/2000.

### Art.9 - Trattamento economico (ex-art.57 ACN)

1. I compensi per ogni ora di attività svolta ai sensi dell'art. 48 sono stabiliti secondo la seguente tabella dal 01.01.2000:

onorario professionale	€ 10,54
incremento quadriennale	€ 0,34
indennità piena disponibilità	€ 1,37
incremento quadriennale i.p.d.	€ 0,17
indennità art. 52 comma 8-11	€ 0,88

2. Il compenso aggiuntivo, è corrisposto con i criteri di cui all'art.17, comma 1, lett. d, del D.P.R.n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui all'A.C.N, come specificato all'art.45, lettera A2, comma 2.Tale compenso è corrisposto per tutte le ore di attività effettivamente svolte.

3. Tenuto conto dei compiti di cui all'art 5 punto sei del presente Capo ed in considerazione che la Campania presenta in rapporto il più alto tasso di natalità, ma anche il maggiore tasso di morbilità e mortalità infantile, al fine di razionalizzare massimamente l'intervento della urgenza in una fascia di età ad elevato rischio anche tramite una adeguata formazione degli operatori, le parti concordano che ai medici di Continuità Assistenziale è corrisposta una indennità oraria di € 3,00 per ora di attività svolta.. La corresponsione dell'indennità decorre dal primo ottobre 2003

4. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un'indennità pari al costo di un litro di benzina per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa tipo "kasko" dell'automezzo o una indennità di contributo assicurativo pari a € 0,26 per ora di attività svolta.

5. I medici di continuità assistenziale che partecipano al programma A.D.I., così come previsto all'art.5 comma 4, ricevono per ogni accesso effettuato una indennità pari a quella del medico di assistenza primaria.

### Art.10 – Festività speciali

Ai medici in servizio nei giorni e negli orari sottoindicati, viene riconosciuto un compenso ulteriore per ora di attività di € 5,00 :

- 1° gennaio ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- Pasqua ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- Lunedì in Albis ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- 15 Agosto ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- 24 Dicembre ----- ore 20,00 – 8,00
- 25 Dicembre ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 - 8,00
- 31 Dicembre ----- ore 20,00 - 8,00

### Art.11 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi (ex-art.58 ACN)

1. L'Azienda deve assicurare i medici, che svolgono il servizio di C.A., contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, espletata ai sensi del presente Accordo, e gli infortuni, eventualmente subiti, in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

2. Il contratto è stipulato senza franchigia, per i seguenti massimali:

- € 770.000,00 per morte o invalidità permanente;
- € 51,65 giornaliera per invalidità temporanea assoluta per un massimo di 300 giorni in un anno.

4. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto, ed è tenuta ad osservare quanto previsto all'art.58 comma3 DPR270/2000.

5. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente Accordo ai sensi dell'art.58 comma3 DPR270/2000 .

### **Art.12 - Formazione continua**

1. I Corsi di formazione previsti dall'art.8 D.P.R.270/2000 sono organizzati obbligatoriamente dalle Aziende per i medici della Continuità Assistenziale con incarico a tempo indeterminato per un orario complessivo annuo di **60 ore**, di cui almeno 20 ore indirizzate all'attività formativa specifica per l'età pediatrica, e tutte da organizzarsi al di fuori dell'orario di servizio.
2. Il programma dei suddetti Corsi è elaborato dal competente Osservatorio Regionale per la formazione, di cui all'art.8 Capo I del presente Accordo, entro 90 giorni dalla pubblicazione; trascorso tale termine il programma è elaborato dal Comitato ex-art.11.
3. Al medico partecipante ai Corsi sono corrisposti i normali compensi previsti dai punti 1 e 2 dell'art.9 del presente Capo.

### **Art.13 - Coordinamento**

È oggetto di contrattazione aziendale con le OO.SS. firmatarie del presente Accordo, l'indicazione da parte del Direttore Generale della ASL di un medico con l'incarico di Coordinatore, nei presidi di C.A. I compiti ed il relativo compenso sono oggetto di contrattazione aziendale.

1. Tra i compiti si prevede che il Coordinatore si impegni a:
  - a) mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con i Direttori di Distretto;
  - b) predisporre i turni di servizio;
  - c) proporre al Direttore di Distretto azioni per il miglioramento del Servizio;
  - d) trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda, sulla condivisione dei progetti aziendali;
  - e) fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio.
  - f) nell'ambito della definizione di progetti Aziendali e/o di Distretto relativi ad esperienze di équipes territoriali e progetti obiettivo, mantenere i rapporti organizzativi con i medici dell'équipe e con i medici partecipanti al progetto obiettivo fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.
2. Gli incarichi, conferiti dal Direttore Generale a medici titolari a tempo indeterminato di incarico in continuità assistenziale presso l'Azienda, avranno durata annuale, e saranno rinnovabili di anno in anno.

### **Art.14 – Progetti obiettivo**

È oggetto di contrattazione aziendale con le OO.SS. firmatarie dell'ACN, la definizione da parte della ASL, secondo obiettivi coerenti con quelli indicati dalla Regione, quelli generali di sviluppo dell'assistenza primaria e territoriale, dell'impegno del medico di C.A. per i suddetti obiettivi e individuazione dei compensi aggiuntivi per le seguenti aree e attività.

- a) Sviluppo della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico – terapeutici caratterizzata da:
  - collaborazione del medico di C.A. alla definizione dei criteri e degli standard di qualità del servizio, nonché della appropriatezza diagnostico terapeutica, anche attraverso momenti di revisione della qualità delle attività;
  - condivisione, con il Direttore del Distretto, dei parametri di riferimento della propria attività, per quanto riguarda gli indicatori di risultato attesi, attivando una verifica "in itinere" degli stessi, come da specifici programmi.
- b) Attività di triage di medicina generale presso i P.S. allo scopo di liberare i Servizi di Pronto Soccorso da prestazioni inappropriate, ricomprese tra i cosiddetti "codici bianchi".
- c) Altri eventuali progetti obiettivo elaborati dalle AA.SS.LL.

### **Art.15 - Prestazioni attività aggiuntive**

I medici di C.A. possono essere utilizzati per prestazioni aggiuntive, di cui all'art.70 DPR270/2000 sulla base degli Accordi aziendali.

### **Art.16 - Patrocinio legale per fatti connessi all'espletamento dei compiti di ufficio**

1. L'Azienda Sanitaria Locale, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile o penale nei confronti del medico per fatti e/o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio assumerà a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, facendo assistere il medico da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.
2. Qualora il medico intenda nominare un legale di sua fiducia, in sostituzione di quello indicato dall'Azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico, qualora avesse trovato applicazione il punto 1 del presente articolo che comunque non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica.
3. L'Azienda dovrà esigere dal medico, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi per dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa.

#### **Art.17 - Regolamentazione del diritto di sciopero**

Fermo restando quanto previsto dall'art.17 del D.P.R.270/2000, ed in attesa dell'attuazione del comma 9 del suddetto articolo, in caso di sciopero va garantita la presenza di almeno un medico di continuità assistenziale per turno in ogni presidio.

#### **Art.18 – Attività sindacale**

1. A titolo di indennità per attività collegate allo svolgimento dei compiti sindacali a livello regionale per la Continuità Assistenziale, a ciascun sindacato firmatario del presente Accordo è riconosciuta la disponibilità di 12 ore settimanali per ogni insieme di 200 iscritti o frazioni di 200 superiori a 100.
2. La Segreteria regionale del sindacato comunica ogni anno i nominativi dei rappresentanti sindacali, ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario di cui al comma 1, con indicazione delle ore assegnate a ciascun rappresentante.
3. L'onere, di cui al comma 1, è a carico dell'Azienda presso cui opera il rappresentante sindacale indicato, secondo le modalità di cui al comma 2.

#### **Art.19 - Assistenza ai turisti (ex-art.59 ACN)**

1. Sulla base di apposite determinazioni assunte a livello regionale, le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare – limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere - un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.
2. Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi.
4. Qualora non vi siano medici in graduatoria, l'Azienda può organizzare il servizio, a completamento del massimale orario, con i medici già convenzionati di continuità assistenziale che si dichiarano disponibili.

**5. Il trattamento economico è quello previsto dall'art.9 del presente Capo.**

### **CAPO IV**

#### **Ex-Art.60 Regolamentazione delle attività territoriali programmate**

Le attività territoriali programmate sono quelle che si svolgono, oltre che nei presidi sanitari distrettuali, anche presso collettività, quali scuole, fabbriche, o a domicilio del paziente in ADI se previste dal programma terapeutico.

L'Azienda Sanitaria, attraverso il Comitato Aziendale, predispone una graduatoria, avente carattere pubblico, per il conferimento degli incarichi.

Ogni trimestre l'Azienda comunica al Comitato Aziendale le attività programmate territoriali da assegnare.

Il compenso orario omnicomprensivo è quello previsto all'art.14 dell'Allegato N del DPR270/2000.

Al medico che si avvalga del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi dell'azienda spetta il rimborso previsto all'art.14 comma 1 lettera c) Allegato "N" del D.P.R.270/2000.

## **CAPO V L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

### **Art.1– Generalità e campo di applicazione (ex-art.62 ACN)**

1. Il servizio è organizzato secondo quanto previsto al Capo V del DPR270/2000 e dai successivi articoli del presente Capo, e coordinato dalla centrale operativa.
2. Il personale medico che opera nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, E.S.T., ai sensi del successivo comma, è quello previsto dalle normative regionali vigenti.
3. In Regione Campania le attività del servizio di E.S.T. sono svolte :
  - a) da medici titolari di incarico a tempo indeterminato nelle AA.SS.LL: della regione ed in possesso dell'attestato di idoneità, di cui all'art.63 comma 5 DPR270/2000, che sono transitati dalla ex-Guardia Medica nel servizio di E.S.T. ai sensi e per gli effetti della programmazione regionale esistente
  - b) da medici sostituiti con incarico a tempo determinato conferito nelle AA.SS.LL. della regione ai sensi dei commi 3 e 5 dell'art.67 DPR270/2000 ed in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art.63 comma 5 DPR270/2000.

### **Art.2 – Individuazione e attribuzione degli incarichi (ex-art.63 ACN)**

1. Prima dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi, secondo quanto previsto all'art.63 D.P.R.270/2000, l'Azienda provvede al trasferimento intra-aziendale, previa richiesta, dei medici con incarico a tempo indeterminato di Emergenza Territoriale nella stessa Azienda.

### **Art.3 – Organizzazione dei turni (ex-art.64 ACN)**

1. I turni di servizio sono organizzati dall'Azienda **di concerto con** gli operatori secondo le esigenze del servizio stesso sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi., e possono essere variati con il consenso dei medici interessati.

### **Art.4 – Competenze delle Aziende**

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di emergenza i farmaci e il materiale necessario all'effettuazione degli interventi di pronto soccorso avanzato previsti dall'art.65 comma 1 lettera a e definiti dall'allegato P del D.P.R. 270/2000.; dota altresì gli addetti al servizio di divise adeguate nella misura di due invernali e due estive in conformità alla normativa vigente in materia di dispositivi di protezione individuale.
2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate, secondo quanto previsto dalle Delibere di Giunta Regionale n.8684 del 22.11.1998 e n.10287 del 31.12.1998 e dalla normativa vigente in materia di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori, D.Lgs 626/94, di idonei locali, per la sosta e il riposo dei medici, di armadi per la custodia dei D.P.I., nonché di servizi igienici e di posto sosta per i mezzi di servizio per il soccorso avanzato e per i mezzi del personale adeguatamente coperti e protetti.
3. L'Azienda dota i presidi di E.S.T. di infermieri professionali addestrati al servizio nella misura prevista dalla programmazione regionale.
4. L'Azienda inoltre:
  - a) provvede alla disponibilità di mezzi di servizio;
  - b) assicura tramite un proprio Responsabile il controllo periodico ed il perfetto funzionamento degli strumentari e dei mezzi di soccorso in dotazione ai

- presidi di E.S.T.;
  - c) verifica l' idoneità del personale impiegato qualora usufruisce di convenzioni per l' utilizzo di autoambulanze;
  - d) garantisce nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici.
5. L' Azienda, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica, può, ove occorra, provvedere al rafforzamento dei turni di servizio e/o disporre la presenza di unità mobili di soccorso avanzato ai sensi ed in conformità dell' art.65 comma 2 lettera b del D.P.R.270/2000.
6. L' Azienda organizza corsi di formazione e di aggiornamento professionale per gli operatori.

#### **Art.5 – Compiti del medico (ex-art.65 ACN)**

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti retribuiti con la quota fissa oraria:
- a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
  - b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze;
  - c) trasferimento assistito a bordo di autoambulanze attrezzate di ammalati dal territorio in ospedale;
  - d) attività presso centrali operative anche nell' ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
  - e) attività di primo intervento nei presidi territoriali di E.S.T. delle AA. SS. LL., debitamente attrezzati per interventi diagnostico-terapeutici e per la “osservazione breve” che svolgono, quindi, attività di primo intervento territoriale, con modalità applicative da concordare nella ASL con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo;
  - f) attività di collaborazione e formazione continua nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri della Azienda stessa facenti parte dei dipartimenti di emergenza ed urgenza, con modalità applicative da concordare nella ASL con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo.
  - g) partecipazione dei medici ai Protocolli Applicativi specifici previsti nel Piano triennale proposto dall' Osservatorio regionale per l' appropriatezza delle prestazioni di cui all' art 1 bis del presente accordo. Per i medici di EST tali protocolli devono tendere all' ottimizzazione del servizio di emergenza territoriale e dell' appropriatezza dei ricoveri seguendo quanto indicato nei protocolli applicativi del Piano triennale.
- La verifica del raggiungimento degli specifici obiettivi annuali rientra nelle competenze del Comitato ex art 11 che fornirà ai Direttori Generali delle AASSLL ed all' Assessorato alla Sanità le valutazioni per il raggiungimento degli obiettivi e per l' attivazione dei meccanismi sanzionatori previsti dall' ACN.
2. I medici di cui al punto precedente possono inoltre, previa contrattazione aziendale con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo operare, previo specifico corso di addestramento, interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati omologati al soccorso sanitario, in situazioni specifiche diverse dal comma 1 lettera a del presente articolo.

#### **Art.6 – Sostituzioni, incarichi provvisori – Reperibilità (ex-art.67 ACN)**

1. Entro trenta giorni dalla pubblicazione della graduatoria annuale definitiva di Medicina Generale, il medico interessato, inserito in graduatoria o nelle condizioni previste dalla norma transitoria n. 7 e dalla norma finale n. 10 del D.P.R.270/2000 ed in possesso dell' idoneità ai sensi dell' art.63 comma 5 dell' A.C.N., deve comunicare alla Azienda ove risiede la disponibilità ad accettare per l' Emergenza Territoriale:
- a) incarichi di sostituzione nella A.S.L. di residenza
  - b) incarichi di sostituzione nelle AA.SS.LL. confinanti

Entro i successivi trenta giorni l'Azienda provvede a formalizzare con delibera la graduatoria A.S.L. degli aventi diritto a ricoprire incarichi di sostituzione, graduati conformemente alla graduatoria regionale vigente per la Medicina Generale.

2. Fermo restando l'obbligo per il medico di dover comunicare al responsabile del servizio indicato dalla Azienda la impossibilità di assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora egli non sia in grado di farlo tempestivamente contatta direttamente il responsabile della centrale operativa o, compatibilmente con l'organizzazione del servizio, direttamente il medico reperibile utilizzando la lista di cui al punto 11 del presente articolo, affinché si provveda alla sostituzione.

3. Il medico che si trovi nella condizione di non poter prestare la propria opera per le condizioni previste dall'articolo 5 comma 1, 2, e 3 D.P.R.270/2000, deve essere sostituito da un medico nominato dalla Azienda con incarico provvisorio.

4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art.63 dell'A.C.N, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, secondo le disposizioni di cui al successivo punto 6. L'incarico provvisorio non può essere superiore a otto mesi. Un ulteriore incarico può essere conferito presso la stessa Azienda allo stesso medico solo dopo una interruzione di almeno 30 giorni dalla cessazione del precedente incarico provvisorio di emergenza sanitaria. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

5. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi provvisori della durata massima di mesi sei non rinnovabili, a medici inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di cui all'art.63, comma 5 del D.P.R.270/2000.

6. Gli incarichi provvisori conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti punti 4 e 5 vengono assegnati prioritariamente ai medici inseriti nella graduatoria di cui al punto 1 del presente articolo, in possesso dell'attestato di cui all'art.63 comma 5 DPR270/2000, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa

7. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per effetto di provvedimento di cui all'art.16 del D.P.R.270/2000 provvede la Azienda con le modalità di cui al precedente punto 6.

8. Considerate le peculiarità del servizio di emergenza territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze imprevedute od improvvise di medici utilizzati presso la centrale operativa, almeno un medico di E.S.T<sub>2</sub> è, a rotazione, tenuto in reperibilità domiciliare per turni di 12 ore.

9. L'Azienda organizza, presso ciascun presidio di E.S.T<sub>2</sub>, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale ed, in subordine, medici in possesso del titolo specifico di idoneità, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I medici sono tenuti ad effettuare i turni di reperibilità che al pari dei turni di servizio devono essere disposti sul principio dell'equità distributiva. Ciascun turno di reperibilità eccedente il numero di quattro, concordato con gli operatori, secondo un criterio di equità distributiva, sarà retribuito con un compenso forfetario di cui all'art.7 punto2 del presente Capo. In caso di chiamata, l'attività prestata sarà compensata come servizio attivo.

10. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 4 medici in guardia attiva nel turno corrispondente.

11. L'elenco delle reperibilità viene predisposto dai medici in servizio presso ciascun presidio di E.S.T. e fornito al responsabile indicato dall'Azienda.

12. Qualora non vi siano medici disponibili a ricoprire incarichi di sostituzione, le ore vacanti nei presidi di E.S.T. possono essere ricoperte da medici titolari di E.S.T<sub>2</sub> della medesima Azienda.

#### **Art.7 - Trattamento economico (ex-art.68 ACN)**

1. Il compenso aggiuntivo, è corrisposto con i criteri di cui all'art.17, comma 1, lett. d, del D.P.R.n. 41/91. I compensi sono determinati nella misura corrisposta al 30 aprile 1992, salvi gli incrementi di cui al D.P.R.270/2000, come specificato all'art.45, lettera A2, comma 2. Tale compenso è corrisposto per tutte le ore di attività svolte mensilmente.

2. Ogni reperibilità eccedente il numero di quattro/mese è retribuita con un compenso forfettario di € 10,00 per 12 ore.

3. Ai medici di E.S.T. considerato l'ampliamento, rispetto all'ACN, dei compiti istituzionali di cui all'art. 5 comma 1 del presente Capo ed in particolare punti e) , f) e g), la voce "onorario professionale" di cui all'art. 68 comma 1 DPR 270/2000 è incrementata di € 3,00 per ogni ora di attività svolta. La corresponsione dell'indennità decorre dal primo ottobre 2003

#### **Art.8 – Festività speciali**

Ai medici in servizio nei giorni e negli orari sottoindicati, viene riconosciuto un ulteriore compenso per ora di attività di € 5,00 :

- 1° gennaio ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- Pasqua ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- Lunedì in Albis ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- 15 Agosto ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 – 8,00
- 24 Dicembre ----- ore 20,00 – 8,00
- 25 Dicembre ore 8,00 – 20,00 e ore 20,00 - 8,00
- 31 Dicembre ----- ore 20,00 - 8,00

#### **Art.9 – Progetti obiettivo**

È oggetto di contrattazione aziendale con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo, la definizione da parte dell'Azienda, secondo obiettivi coerenti con quelli generali di sviluppo dell'assistenza territoriale, dell'impegno del medico di E.S.T. per i suddetti obiettivi e l'individuazione dei compensi aggiuntivi relativi alla :

- Formazione ed aggiornamento in Emergenza Sanitaria ai sensi dell'art.65 comma 3-4-e-5 DPR 270/2000.
- Utilizzo dei medici della Emergenza Sanitaria nei PSA e nei DEA con assunzione di responsabilità in Medicina di Urgenza e con compiti di accettazione e di attivazione di procedure diagnostico-terapeutiche.
- Altri eventuali progetti obiettivo elaborati dalle AA.SS.LL.

#### **Art.10 – Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi**

1. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:

- a. € 770.000,00 per morte od invalidità permanente;
- b. € 51,65 giornaliero per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.

3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari nei termini previsti dal D.P.R. 270/2000.

4. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.

#### **Art.11 – Formazione continua**

1. I Corsi di formazione previsti dall'art.8 D.P.R.270/2000 sono organizzati obbligatoriamente dalle Aziende per i medici dell'emergenza sanitaria territoriale con incarico a tempo indeterminato e determinato per un orario complessivo annuo di 60 ore per i primi ed in rapporto proporzionale alle ore di incarico per i secondi, da organizzarsi al di fuori dell'orario di servizio.

2. Il programma dei suddetti Corsi è elaborato dal competente Osservatorio Regionale per la formazione, di cui all'art.8 Capo I del presente Accordo, entro 90 giorni dalla pubblicazione; trascorso tale termine il programma è elaborato dal Comitato ex-art.11.

3. Al medico partecipante ai Corsi sono corrisposti i normali compensi previsti all'art.68 dell'A.C.N.

#### **Art.12 – Patrocinio legale per fatti connessi all'espletamento dei compiti di ufficio**

1. L'Azienda Sanitaria Locale, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile o penale nei confronti del medico per fatti e/o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio assumerà a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, facendo assistere il medico da un legale.

2. Qualora il medico intenda nominare un legale di sua fiducia, in sostituzione di quello indicato dall'Azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico, qualora avesse trovato applicazione il punto 1 del presente articolo che comunque non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica.

3. L'Azienda dovrà esigere dal medico, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi per dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa

#### **Art.13 - Regolamentazione del diritto di sciopero**

Fermo restando quanto previsto dall'art.17 del D.P.R.270/2000, ed in attesa dell'attuazione del comma 9 del suddetto articolo, in caso di sciopero si fa riferimento alle norme previste per i servizi di emergenza sanitaria

#### **Art.14 – Attività sindacale**

1. A titolo di indennità per le attività collegate allo svolgimento dei compiti sindacali a livello regionale per la Emergenza Sanitaria Territoriale, a ciascun sindacato firmatario del presente Accordo è riconosciuta la disponibilità di 12 ore settimanali per ogni insieme di 200 iscritti o frazioni di 200 superiori a 100.

2. La Segreteria regionale del sindacato comunica ogni anno i nominativi dei rappresentanti sindacali, ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario di cui al comma 1, con indicazione delle ore assegnate a ciascun rappresentante.

3. L'onere, di cui al comma 1, è a carico dell'Azienda presso cui opera il rappresentante sindacale indicato, secondo le modalità di cui al comma 2.

#### **Art.15 - Incarichi di coordinamento dei presidi SAUT**

1. È oggetto di contrattazione aziendale con le OO.SS. firmatarie del presente accordo l'indicazione da parte del Direttore Generale di un medico di E.S.T. con l'incarico di Coordinatore organizzativo nei singoli presidi di E.S.T.. I compiti ed il relativo compenso sono oggetto di contrattazione aziendale.

2. Tra i compiti si prevede che il Coordinatore si impegni a:

a) mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con la Direzione Sanitaria;

b) predisporre i turni di servizio;

c) proporre al Direttore Sanitario azioni per il miglioramento del Servizio

3. Gli incarichi, conferiti dal Direttore Generale a medici titolari a tempo indeterminato di incarico in emergenza presso l'Azienda, avranno durata annuale, e saranno rinnovabili di anno in anno.

#### **Dichiarazione a verbale n.1**

Nelle more dell'attuazione dell' art. 8 comma 1-bis D. Lgs. n. 229/99, considerata la peculiarità del servizio e nell'ottica di una sempre maggiore qualità dei servizi forniti ai cittadini, la Regione Campania valuterà, di concerto con l'Università, la possibilità di attivare un percorso privilegiato di iscrizione alla scuola di specializzazione in Medicina di Urgenza ed Anestesia e Rianimazione, al fine di fornire ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza

sanitaria territoriale ulteriori strumenti formativi necessari per la integrazione nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

### **Dichiarazione a verbale n.2**

Le OO. SS. firmatarie del presente Accordo in riferimento ai compiti istituzionali previsti al Capo V art.5 comma 1 lettera f) dichiarano che la collaborazione dei medici di E.S.T. nei Pronto Soccorso deve essere considerata quale attività integrativa e non sostitutiva del personale in servizio.

## **CAPO VI**

### **Ex-ART.70 comma1 lettera a) : Interventi sanitari relativi all'età anziana**

#### **LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO**

Nel contesto dei provvedimenti assunti dalla Regione Campania per l'assistenza agli anziani, le parti convengono che la "Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano o Scheda Gerontologica" sia uno strumento essenziale per monitorare le necessità socio-assistenziali, di prevenzione, di cura e di educazione sanitaria della popolazione anziana.

La scheda di VMD va redatta dal medico di Assistenza Primaria a tutti gli assistiti ultrasessantacinquenni e la sua stesura va ripetuta annualmente e consegnata al distretto di appartenenza del medico entro il 31 gennaio di ogni anno.

Si fa riferimento all'Allegato "Scheda Gerontologica" della DGRC 8052 del 10.10.97 pubblicata sul BURC n.52 del 03.11.97, che si assume come parte integrante del presente Accordo.

La scheda di VMD consente alla Regione e alle Aziende di promuovere indagini, studi e rilevazioni sistematiche sulle condizioni ed i problemi degli anziani, con indicazioni circa un'autonoma vita al proprio domicilio o in comunità protette, attraverso un'assistenza domiciliare, prestazioni per la cura e per l'igiene della persona, prestazioni di assistenza sociale e di sostegno psicologico tendenti a rimuovere l'eventuale emarginazione sociale. Tale scheda permette quindi un'indagine epidemiologica di tutte le patologie con ad esse correlate lo stato di salute, le condizioni di vita quotidiana e la possibilità di intervento in relazione allo stato cognitivo. Permette inoltre l'individuazione dei bisogni sociali, degli aiuti domestici, delle prestazioni sia infermieristiche che riabilitative, e la necessità di inserimento in ADP oppure in ADI. Un'importante rilevamento è rappresentato dalla capacità quantificatrice della scheda circa le patologie a rilevante impegno sociale quali il diabete, le neoplasie, l'ictus, le cardiopatie ischemiche.

Al medico che redige la scheda è corrisposta la somma di € **18,08** per scheda/anno; per le schede di VMD presentate su supporto informatico vengono corrisposte in aggiunta € **1,55** per scheda/anno. L'Azienda deve corrispondere tali compensi, frazionati in dodicesimi, entro 30 giorni dalla consegna delle schede.

La corresponsione dei compensi previsti per la presentazione annuale delle schede gerontologiche, frazionati in dodicesimi, rientra nel tetto massimo previsto per gli accessi in A.D.P. di cui all'Allegato G del D.P.R.270/2000: 20% dei compensi mensili detratto l'importo di cui alla voce spese (art.45 comma2 lettera C1 punto2).

L'eventuale superamento di tale tetto per il singolo medico, dovuto alla compilazione delle schede, viene pagato a conguaglio da ciascuna Azienda entro il 31 dicembre di ogni anno con le somme non utilizzate per la A.D.P. dai medici di assistenza primaria di quell'Azienda.

Nel caso che nel bilancio consuntivo di ogni anno residuino ulteriori somme non erogate per l'ADP, esse vengono impegnate per finanziare progetti di assistenza alle malattie sociali croniche (asma, ipertensione arteriosa, broncopneumopatie croniche ostruttive, epatiti, gozzo, forme invalidanti, malattie neurologiche, ecc.) da definire con il concorso del Comitato Consultivo Aziendale.

**Ex-Art. 70 comma 2 lettera a)**  
**Iniziative di educazione sanitaria e promozione alla salute**

1. Il medico di assistenza primaria (in collaborazione con le autorità scolastiche), nell'ambito di specifici progetti aziendali prepara, coordina e partecipa ad incontri nelle scuole elementari, medie inferiori e superiori nell'ambito del Progetto nazionale per la salute sui seguenti obiettivi prioritari:

- Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- Contrastare le principali patologie;
- Migliorare il contesto ambientale.

Il Comitato Aziendale ex-art.11 verificherà i requisiti dei medici di A.P. che dichiarano la propria adesione a tali progetti, secondo quanto disposto dalla Commissione Regionale per la formazione.

2. In attuazione di specifici progetti aziendali, il medico di assistenza primaria può organizzare nei locali del suo studio o presso la sede dell'Associazione Medica, di cui fa parte, attività di educazione sanitaria e promozione alla salute, con obiettivi prioritari come al punto 1, rivolta a gruppi (fino a venticinque persone) di suoi assistiti. Il medico di A.P. comunica il piano educativo, con temi, modalità, partecipanti, collaboratori (anche altre figure professionali) al Direttore di distretto, che valuterà la compatibilità di tali iniziative con il Piano delle attività territoriali e rilascerà la relativa autorizzazione.

3. Al medico di A.P. viene corrisposto un compenso da definirsi negli accordi aziendali. Le diverse indennità sono cumulabili.

**Ex-Art.70 comma 1 lettera c) : Processi assistenziali riguardanti patologie sociali**  
**Diabete Mellito**

Premessa

Le parti concordano di verificare un modello sperimentale di assistenza al paziente diabetico nell'adesione ad una "gestione manageriale" dei percorsi di cura, intesa come ricerca del migliore rapporto tra risultati assistenziali e risorse impiegate (Disease Management).

**Il modello.**

Il modello proposto riprende i concetti di Disease Management, che prevedono una valutazione periodica dell'attività svolta con l'obiettivo di evidenziare i problemi o i punti critici del percorso assistenziale e le priorità d'intervento in grado di migliorare il processo di cura.

Tale analisi, importante per ogni singolo medico, diventa strategica se attuata in un gruppo numeroso di medici di Assistenza Primaria, ancor più se integrata da accordi con i Centri antidiabetici pubblici e accreditati.

Le fasi del modello prevedono:

- ◆ analisi della situazione attuale per la assistenza del paziente diabetico;
- ◆ definizione degli obiettivi clinico-strumentali;
- ◆ individuazione delle priorità d'intervento per ottimizzare il processo di cura;
- ◆ formazione degli operatori;
- ◆ nuova analisi della situazione;
- ◆ valutazione dei risultati e ridefinizione degli obiettivi.

Gli obiettivi del modello Disease Management sono:

- miglioramento della prevenzione primaria attraverso:  
individuazione e monitoraggio della popolazione a rischio  
azioni di educazione sanitaria e miglioramento dello stile di vita.
- miglioramento della prevenzione secondaria attraverso:  
implementazione verso singoli pazienti o gruppi di pazienti omogenei, di corrette abitudini di vita con particolare riguardo agli aspetti della alimentazione;  
la condivisione puntuale delle attività di diagnosi precoce delle complicanze croniche del paziente diabetico.
- miglioramento del compenso metabolico attraverso:  
il controllo di indicatori di compenso quali la Emoglobina glicata in una percentuale di pazienti sempre più elevata;

la riduzione degli episodi di scompenso e/o la riduzione del tempo di permanenza in fase di scompenso glicometabolico.

- la gestione del diabete gestazionale attraverso:  
un puntuale monitoraggio della donna in gravidanza a rischio per diabete mellito.

Le fasi del modello sperimentale saranno così di seguito articolate:

- A. Analisi della situazione attuale per la assistenza al paziente diabetico
- B. Definizione degli obiettivi con definizione degli indicatori da prendere in considerazione per valutare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento.
- C. Priorità di intervento
- D. Formazione

Stabilito il livello di assistenza condiviso dal gruppo dei medici di A.P., devono essere progettati gli interventi formativi prioritari condotti preferibilmente da medici di medicina generale con esperienza formativa e da specialisti di settore.

La metodologia formativa verterà fundamentalmente su metodiche di Audit e Peer-review in piccoli gruppi integrata da lezioni integrate in gruppi medi e grandi.

E. Analisi in itinere ed ex post

Durante il periodo di attuazione del modello assistenziale si procede alla valutazione dei parametri di efficacia e efficienza. Si concorderanno le variazioni ai parametri scelti monitorandoli fino al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

F. Ridefinizione degli obiettivi

In base ai risultati ottenuti dagli interventi programmati si valuta il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il mancato conseguimento degli stessi ne implica la rivalutazione

#### **Fase operativa.**

- a) identificazione dei medici, preferibilmente in Associazione, che partecipano alla sperimentazione;
- b) identificazione di Tutor per gruppi di medici e loro formazione;
- c) calendario degli interventi formativi;
- d) analisi dei risultati.

#### **I Compensi**

Al medico iscritto al progetto e che assolve ai compiti previsti viene riconosciuto un compenso definito negli accordi aziendali. La verifica dei risultati spetta ai Direttori Generali delle AASSLL

#### **Ex-Art.70 comma 1 lettera c) Sperimentazione e implementazione di linee guida**

1. La parti si impegnano a promuovere a livello di ASL l'identificazione di percorsi finalizzati alla sperimentazione della :

- implementazione delle linee guida nella pratica medica quotidiana per le patologie ritenute di particolare interesse ai fini del comma 1 lettera c) dell'art. 70, anche al fine di perseguire gli obiettivi di cui all'art. 72 del DPR 270/00,
- valutazione degli esiti del processo di implementazione sotto il profilo del rapporto costo – beneficio .
- valutazione della fruibilità dei risultati ottenuti per i fini istituzionali degli Osservatori per l'Appropriatezza delle Prestazioni al livello aziendale e regionale, secondo quanto descritto nell'articolo 1 del presente Accordo.

2. Le Linee Guida sono quelle deliberate dalla Regione Campania di interesse per i medici di Medicina Generale; potranno essere proposte altre Linee Guida alternative o aggiuntive che dovranno essere, tuttavia, oggetto di apposita deliberazione da parte della Giunta Regionale previo parere favorevole espresso dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza. Ciò al fine irrinunciabile di rendere omogeneo sul territorio della Regione il regime di erogazione delle cure a tutela dei diritti fondamentali dei cittadini.

3. I Progetti aziendali relativi al precedente comma dovranno essere approvati, coordinati e valutati dagli Osservatori Aziendali e trasmessi all'Osservatorio Regionale.. Tali progetti dovranno rispondere in via preliminare a requisiti di rigida verificabilità in stretta correlazione agli interessi generali del S.S.R.

4. Per i medici di Assistenza Primaria che aderiscono alla realizzazione di Progetti Aziendali è previsto un compenso aggiuntivo che sarà oggetto di contrattazione e

valutazione aziendale con le OO. SS. firmatarie del presente Accordo, e il cui onere finanziario sarà a carico delle AA.SS.LL.

5. I medici che si impegnano ad adottare i percorsi diagnostico-prescrittivi conseguenti all'ingresso nella sperimentazione di cui al comma 1 del presente articolo, dovranno comunicarlo al Comitato ex art 11, che trasmetterà i dati all'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza, che ogni sei mesi dovrà presentare un resoconto dei dati risultanti all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza.

6. La verifica dei risultati spetta ai Direttori Generali delle AASSL. Essa dovrà corrispondere in termini di adesione ed efficacia raggiunti ai criteri espressi nell'articolazione del relativo progetto e secondo quanto previsto nel precedente punto 3 ed avverrà dopo il primo anno di attività e successivamente ogni dodici mesi.

#### **Ex-Art.70 comma 1 lettera g) – ALLEGATO D**

Oltre alle prestazioni aggiuntive, lettera A e lettera B, previste all'Allegato D del DPR 270, i medici di assistenza primaria possono eseguire nell'ambito di accordi aziendali prestazioni correlate all'attività di cui all'art.70 comma 1 lettera g), e tese in particolare alla prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow – up, in particolare per quanto riguarda il follow up del diabete.

Dette prestazioni, previste all'Allegato D lettera C) comma 2 DPR 270/2000 sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale del medico. .

Ove previsto dall'accordo aziendale, le prestazioni possono essere svolte da parte del medico o dalle associazioni di medici.

#### **Ex-Art.70 comma 2 lett. b): attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione PREVENZIONE**

##### **PARTE GENERALE**

Il PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE - Linee guida (PON) del Ministero della Sanità (31.05.2001), individua i quattro “big killer” per i quali gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce ed assistenza vanno estesi al maggior numero possibile di soggetti a rischio.

Essi sono:

- CARCINOMA POLMONARE
- CARCINOMA DELLA MAMMELLA
- CARCINOMA COLON-RETTALE
- CARCINOMA DELLA PROSTATA

I piani operativi di intervento mirano a ridurre l'insorgenza di queste patologie attraverso screening periodici e diagnosi precoci in collaborazione tra i MMG ed i dipartimenti Aziendali laddove esistenti ed operativi.

In tale contesto la Medicina Generale deve svolgere primariamente le funzioni educative e di attivo coinvolgimento della popolazione a rischio ai programmi di screening secondo le linee guida di EBM e gli indirizzi concordati e condivisi con i Dipartimenti Aziendali laddove esistenti ed operativi.

--Educazione sanitaria

L'educazione sanitaria individuale rientra tra i compiti previsti dall'ACN. Programmi educativi specifici, per gruppi omogenei, in collaborazione con ASL, Distretti e Comuni debbono riguardare prioritariamente argomenti pertinenti le materie di cui al presente capitolo.

--Validità degli screening.

Gli screening sono considerati uno strumento efficace per realizzare interventi di prevenzione secondaria, quando sono costituiti da un test innocuo e semplice, relativamente poco costoso, accurato in termini di sensibilità e specificità, e riproducibile. Va definita, per ambito territoriale, la quota minima di popolazione globale sulla quale l'applicazione degli stessi acquisisce validità statistica e produttività preventiva. Per ciascuno screening è necessario determinare, per ambito territoriale, il termine di avvio, i medici disponibili, l'utenza totale coinvolta e l'incidenza attuale della patologia da monitorare.

--Protocolli operativi.

Per ognuna delle patologie va redatto, in base alle linee guida del PON, uno snello protocollo operativo che indichi:

- i fattori di rischio;
- la popolazione a rischio;
- le procedure di screening;

Tali protocolli possono essere trasmessi ai medici attraverso apposita pubblicazione perché entrino a far parte delle loro conoscenze, del loro “sapere”. Il bisogno formativo sono limitati al “saper fare” cioè a taluna procedura operativa di screening effettuabile nell’ambulatorio medico, in base a quanto previsto nei protocolli operativi.

--Strutture diagnostiche.

Ogni ASL individua le strutture diagnostiche dotate degli standard adeguati agli scopi e ne comunica ai medici la loro disponibilità e disposizione territoriale, suddivisa per distretto.

Ogni anno, in sede di ripartizione dei fondi, l’Assessorato Regionale alla Sanità tratterà per ogni ASL la quota di finanziamento per le attività di prevenzione oncologica. .

Tale somma sarà successivamente assegnata alle AA.SS.LL, in dodicesimi a partire dal mese di gennaio alla presentazione dei progetti inerenti tale attività con obbligatoria rendicontazione economica a fine anno sulle iniziative avviate.

E’ fatto obbligo alle AA.SS.LL. di coinvolgere in tutti i progetti di prevenzione, interessanti il territorio dell’Azienda, i medici di medicina generale. In ogni ASL entro il 31 Dicembre di ogni anno dovranno essere approvati dal Comitato Aziendale i progetti operativi di prevenzione per l’anno successivo con relativa previsione di spesa da inviare al Comitato aziendale previa valutazione delle attività già espletate in proprio dal Dipartimento di Prevenzione;

I medici di assistenza primaria sono tenuti a:

1. partecipare alla sessione di formazione specifica del progetto, se prevista
2. attenersi ai protocolli operativi stabiliti dal progetto
3. fornire l’informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di rendere consapevole la decisione di aderire allo screening
4. selezionare dagli elenchi dei loro assistiti le persone eleggibili allo screening; ai medici saranno forniti gli elenchi degli assistiti non aderenti agli inviti e i risultati dei test relativi agli aderenti
5. fornitura delle liste al distretto
6. redazione e fornitura delle liste dei soggetti screenati; le liste dei soggetti screenati per ciascuna patologia, vengono presentate nelle sequenze temporali previste dai protocolli operativi
7. pratica ambulatoriale di procedure di screening ove previsto

--Compensi.

Per le attività di prevenzione spettano al MMG i seguenti compensi differenziati secondo il numero di soggetti che aderiscono agli stessi:

- € **5,16** ad assistito arruolato per la fascia di adesione del 40% degli eleggibili;
- € **7,75** ad assistito arruolato per la fascia di adesione dal 41 al 50% degli eleggibili;
- € **10,33** ad assistito arruolato per la fascia di adesione dal 51 al 60% degli eleggibili;
- € **12,91** ad assistito arruolato per la fascia di adesione dal 61 al 70% degli eleggibili;
- € **15,49** ad assistito arruolato per la fascia di adesione superiore al 71%.

I comitati organizzatori degli screening sono tenuti a fornire, con cadenza trimestrale, alle Aziende gli elenchi dei soggetti che hanno effettuato gli screening raggruppati per singolo medico.

I compensi di tali progetti, previsti all’art.70, non rientrano nel tetto previsto per le prestazioni aggiuntive all’Allegato D del D.P.R.270/2000.

## **PREVENZIONE NON ONCOLOGICA VACCINAZIONI**

### **Vaccinazione antinfluenzale**

1. Si fa riferimento a quanto previsto dall’ACN articolo 31 comma 3 lettera c), “obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell’ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate”.

2. Entro il 30 giugno di ogni anno i medici di MG, pur in mancanza dell'organizzazione della campagna vaccinale aziendale, presentano al distretto la lista degli assistiti da sottoporre a vaccinazione antinfluenzale comprendente

-assistiti ultra-65enni con indicazione delle generalità

-assistiti infra-65enni con indicazione delle generalità e della patologia a rischio.

3. Per la corresponsione dei compensi ai medici di assistenza primaria che partecipano attivamente alla campagna vaccinale annuale, secondo le modalità indicate al comma 2, si confermano i compensi previsti alla DGRC 8052/1997 (Capitolo V Prevenzione – Costi:

€ 5,94 quale rimborso spese onnicomprensivo + come premio di incentivazione per prestazione

€ 0,26 al superamento dell'80 % della popolazione bersaglio

€ 0,77 “ “ del 90% “ “ “

€ 1,29 “ “ del 95% “ “ “

anche nel caso degli assistiti ultra75enni, per l'opportunità di validare i meccanismi incentivanti previsti, per la necessità di vaccinare anche pazienti costretti al proprio domicilio, per la migliore programmazione data dalla consegna degli elenchi.

4. In tutti gli altri casi, per la corresponsione dei compensi si fa riferimento alla tariffa di cui all'Allegato D Prestazioni Aggiuntive lettera B) n° 4 del Nomenclatore ed a quanto precisato alla nota contrassegnata con (\*\*\*\*): € 6,16 per vaccinazione eseguita salvo quanto previsto dall'art 45 lett A1 comma 2 dell'ACN 270/2000;

### **Vaccinazione antipneumococcica**

La vaccinazione ha lo scopo di proteggere le categorie a rischio da infezioni pneumococciche le cui manifestazioni più gravi sono rappresentate da broncopolmoniti, meningiti, setticemie.

Le categorie a rischio da vaccinare devono essere raggiunte in misura di almeno il 70% nell'arco di 5 anni.

Esse sono:

- Anziani al di sopra dei 65 anni;
- Pazienti affetti : da malattie cardiovascolari e polmonari, diabete. cirrosi epatica, etilismo.
- Pazienti affetti da malattie con compromissione del sistema immunitario (splenectomia, drepanocitosi, linfomi, mieloma multiplo, trapianto d'organo, HIV positivi, neoplasie, leucemie).
- Pazienti affetti da insufficienza renale cronica.
- Adulti che vivono in situazioni ambientali a rischio: diseredati e ricoverati in strutture chiuse.

In Italia si stima che siano 100.000 i casi di infezione pneumococcica ogni anno e 14.000 all'anno le morti per patologie legate a questo agente.

Lo scopo della vaccinazione, risulta pertanto duplice;

1. ridurre la morbosità e la mortalità;

2. ridurre i costi sanitari legati alla spesa farmaceutica, alla assistenza. ai ricoveri ospedalieri.

Progetto

L'obiettivo è quello di raggiungere una copertura vaccinale del 70% della popolazione anziana e a rischio nel corso di 3 - 5 anni e di consolidare il risultato negli anni successivi.

Strumenti

1. Le AA.SS.LL forniranno gratuitamente il vaccino antipneumococcico, utilizzando le sedi distrettuali.

2. I medici di assistenza primaria che vorranno aderire al progetto, provvederanno alla individuazione della popolazione bersaglio, al ritiro e alla somministrazione del vaccino, alla notifica della avvenuta vaccinazione con report mensili.

Costi del progetto

I costi del progetto sono riassumibili nei seguenti punti:

✓ costo del vaccino

✓ costo organizzativo per la distribuzione ai medici

✓ costo per la sensibilizzazione della popolazione interessata (pubblicizzazione con manifesti, lettera informativa per i medici di MG, etc.)

# costo degli operatori sanitari coinvolti nel progetto (medici di assistenza primaria).

Detto compenso determinato nella stessa misura di quanto previsto per la vaccinazione antinfluenzale, per ogni singola prestazione vaccinale effettivamente erogata, verrà corrisposto

in aggiunta a quello stabilito per la vaccinazione antinfluenzale, solo se le prestazioni verranno praticate congiuntamente.

## **BUDGET DI DISTRETTO**

L'avvio ed il consolidamento di esperienze riguardanti l'adozione di metodiche di budget deve essere considerato tra gli obiettivi primari del SSR. Ne consegue la necessità di definire ed attuare un percorso che, nel rispetto del quadro normativo vigente e le conseguenti partecipazioni sindacali, realizzi un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo e che si possa adattare alle diverse situazioni aziendali.

Questo percorso deve essere attuato non solo a livello aziendale, ma immerso nelle diverse realtà distrettuali, per consentire di valutare più esaustivamente le specificità delle realtà territoriali.

In questo processo si valorizza la "responsabilità" in termini di "risultato di salute" di tutti i soggetti attivi nella produzione e fruizione dei servizi sanitari. Fondamentale è il ruolo dei Medici di Medicina Generale che assumono il doppio ruolo di erogatori di prestazioni e di regolatori della "domanda sanitaria". Essi diventano attori del "budget di distretto" partecipando attivamente alle fasi del procedimento del budget:

- formazione e coinvolgimento di tutte le componenti interessate;
- definizione delle esigenze, delle risorse disponibili, dei vincoli, degli incentivi;
- analisi dei dati consuntivi di ciascun medico per i fenomeni oggetto di controllo;
- negoziazione del budget, monitoraggio periodico e comunicazione dei report;
- valutazione dei risultati per medico.

### **Ex-ART.72 e ART.45 C3 I LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI**

#### **Premessa**

Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art.8 lettera f del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Azienda e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

Nell'ambito di programmi aziendali e distrettuali concernenti anche il rispetto di limiti tecnici di spesa per micro e macro attività, sono definiti livelli di spesa programmati (L.S.P.) gli obiettivi da raggiungere secondo scaglionamenti e percorsi condivisi e concordati tra Regione e/o Azienda e/o Distretto ed OO. SS. maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto complessivo che costituisce il supporto tecnico-operativo dei L.S.P.

I L.S.P. sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse. Il rispetto dei L.S.P. è correlato, secondo il disposto del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nei progetti regionali ed aziendali. I livelli di spesa programmati devono essere riferiti all'intero anno solare. Nello stesso anno possono essere definiti anche più livelli programmati di spesa relativi ad aspetti diversi dell'assistenza. Deve essere definito un livello di spesa dell'intera Azienda, successivamente ripartito in livelli di spesa programmati per ciascun medico, sulla base della composizione della popolazione dallo stesso assistita.

1. I livelli di spesa programmati devono comunque essere realizzati tenendo conto:

- della spesa storica corrispondente;
- dell'analisi di spettro della popolazione di riferimento in relazione all'obiettivo proposto;
- dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
- della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto;
- di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi per raggiungere l'obiettivo finale;

- della distinzione delle spese direttamente indotte dai medici di assistenza primaria e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- dell'effetto derivante da incrementi dei costi (aumento del costo dei farmaci o introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
- di eventuali altre disposizioni previste dagli Accordi regionali e aziendali;

2. I livelli di spesa programmati, altresì, devono essere individuati secondo una specifica procedura:

- esame dei dati di spesa disponibili nell'Azienda ASL;
- individuazione dei possibili problemi assistenziali;
- pianificazione della raccolta dei dati per la definizione della spesa storica ad essi relativa tenendo conto della popolazione pesata per età, per sesso e per particolari patologie;
- definizione delle condizioni che consentono il riconoscimento della spesa indotta nel particolare aspetto dell'assistenza presa in considerazione;
- identificazione degli indicatori di qualità ad essi relativi;
- definizione della spesa storica;
- individuazione degli interventi correttivi;
- contrattazione dei livelli di spesa programmati d'intesa con il Comitato Consultivo di Azienda (ex art. 11 DPR n° 270/00);
- definizione di linee guida diagnostiche e terapeutiche necessarie a verificare la spesa legata alla farmaceutica, alla diagnostica emato-chimica e strumentale ed alla specialistica;
- definizione di linee guida per un ricorso corretto alla ospedalizzazione.

3. Qualsiasi progetto di L.S.P. deve prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti; altresì deve prevedere incentivi, con eventuale articolazione all'interno del progetto stesso, di diversa tipologia quali disponibilità di beni e servizi, finanziamento delle attività distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.

4. Entro trenta giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda provvederà all'insediamento dell'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza delle Prestazioni, secondo i criteri previsti all'art.1 del presente Accordo, composto da:

- a) il Responsabile dell'Assistenza sanitaria di base;
- b) due medici designati dal Direttore Generale;
- c) quattro medici di medicina generale indicati dalle OO. SS della medicina generale firmatarie dell'A.C.N.;
- d) un Direttore di distretto

5. L'Osservatorio Aziendale svolgerà i seguenti compiti:

- analizzerà la spesa e la qualità dell'assistenza al fine di individuare gli ambiti di possibili razionalizzazioni nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza;
- definirà i settori di possibile intervento individuando per ciascuno di essi gli indicatori di qualità ed i livelli di spesa programmati riferiti all'ambito della ASL ed i criteri per valutare a consuntivo l'avvenuto rispetto degli stessi e l'eventuale risparmio ottenuto; tali criteri dovranno prevedere un aggiustamento dei livelli di spesa programmati così da tenere conto delle spese indotte da fattori intervenuti successivamente alla loro definizione;
- raccoglierà i dati necessari attraverso modalità autonomamente individuate;
- coordinerà il coinvolgimento dei medici di assistenza primaria in attività di aggiornamento, di rispetto delle linee guida e di "verifica fra pari" funzionali al perseguimento del rispetto dei livelli di spesa programmati;
- valuterà, a consuntivo, il rispetto dei livelli di spesa programmati ed evidenzierà l'entità del risultato ottenuto;
- darà indicazioni alla amministrazione del fondo per il potenziamento delle prestazioni aziendali e distrettuali;

- verificherà la realizzazione di un sistema informativo sanitario con rete integrata tra ASL ed operatori sanitari
6. L' Osservatorio programma il calendario delle riunioni, delibera a maggioranza (in caso di parità o conflitti deciderà il Comitato Aziendale) e le sue deliberazioni vengono trasmesse al Comitato Aziendale e rese esecutive dal Direttore Generale di ASL.
7. L'Osservatorio Aziendale dovrà certificare i dati di esito dell'applicazione dell'ex-art.70 comma 1 lettera c), sperimentazione – implementazione delle Linee Guida regionali, e trasmettere i dati al Comitato ex-art.11, che dovrà presentare un resoconto dei dati risultanti all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza.
8. Al fine di coordinare e verificare l'applicazione dei livelli di spesa programmata nelle AA.SS.LL. della regione è previsto la trasmissione all'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza ogni sei mesi dei reporting di spesa con una relazione dei risultati ottenuti tramite il Comitato Aziendale.

### ***Allegato***

#### **Progetto di Livelli di Spesa Programmati**

Ogni A.S.L. deve dotarsi di un sistema informativo che evidenzi la spesa per farmaci, accertamenti, riabilitazione, prestazioni integrative, DRG di ricovero da strutture accreditate.

Deve essere separata la spesa indotta direttamente dal medico di A.P. da quella determinata da altre figure professionali; nel calcolo della spesa del singolo medico si devono considerare i ricoveri indotti direttamente dal medico di A.P., e valutare gli indici di spesa farmaceutica e diagnostica sempre in raffronto all'andamento dei ricoveri indotti direttamente. La popolazione afferente al singolo medico deve essere pesata per età, sesso, per particolari patologie di cui al D.M. n.329 del 28.05.99

E' opportuno un coinvolgimento attivo delle popolazioni interessate nei progetti, attraverso opportune campagne informative. La variabilità dei comportamenti dei singoli professionisti a fronte di problemi acuti e/o cronici similari è di particolare importanza.

Il progetto deve tendere a modificare alcuni stili comportamentali causa di uso inappropriato delle risorse disponibili. Pertanto esso deve farsi forte di alcuni punti qualificanti:

- a) adozione generalizzata di linee guida diagnostico-terapeutiche elaborate da gruppi di lavoro locali a partire da quelle elaborate da organismi internazionali e da società scientifiche nazionali;
- b) responsabilizzazione sulle modalità prescrittive di medici dipendenti, di specialisti ambulatoriali interni, e di specialisti di strutture accreditate come da DGRC n.1018 del 2.03.01;
- c) educazione sanitaria del cittadino
- d) promozione di modelli organizzativi del lavoro della medicina generale incentivanti l'informatizzazione degli studi e l'associazionismo;
- e) meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità;
- f) verifica periodica del livello di attuazione del progetto a livello locale e regionale.

La popolazione afferente ad ogni singolo medico di A.P. viene "pesata" per età sesso e patologie. E' necessario adottare un adeguato software per il computo della "pesatura".

Tutte le prescrizioni vanno attribuite al medico di A.P. fatta eccezione per:

- le prescrizioni in favore di assistiti "non residenti", soggetti a compensazione interaziendale o interregionale, o di cittadini stranieri temporaneamente in Italia
- le prescrizioni dei medici della Continuità Assistenziale (che vanno a formare uno specifico capitolo)
- le prescrizioni dei medici specialisti ambulatoriali interni (che vanno a formare uno specifico capitolo)
- le prescrizioni di farmaci con Registro ASL quali *eritropoietina, levocarnitina e somatotropo* e di farmaci di "semplice riproposizione" quali *interferone, antineutropenici, lamivudina, analoghi della somatostatina, analoghi di LHRH, antibiotici di ambito ospedaliero, ossigeno liquido domiciliare, gonadotropine anti-infertilità* ( che vanno tutti a formare specifici capitoli di monitoraggio delle prescrizioni, anche per il controllo dell'appropriatezza in ambito specialistico)

Il valore economico delle prescrizioni di cui ai punti precedenti viene suddiviso per il numero dei cittadini residenti nella A.S.L. e ripartito tra tutti i medici di assistenza primaria in maniera proporzionale al numero delle scelte in carico al singolo medico.

La Direzione Aziendale recepisce e delibera per il rispetto dei L.S.P. l'elaborazione e implementazione di linee guida diagnostico-terapeutiche, come definite all'ex art 70 comma 1 lettera c del presente Accordo, l'approntamento dell'aggiornamento obbligatorio del medico di A.P. nell'ambito delle 40 ore previste da art.8 DPR 270/00 sui temi specifici dei progetti di L.S.P., la stadiazione per le verifiche periodiche dello stato di attuazione del progetto.

Gli obiettivi finali da raggiungere nei progetti di L.S.P., attraverso delle opportune verifiche intermedie, consistono nella razionalizzazione della spesa farmaceutica fino al raggiungimento della spesa media nazionale procapite, e la riduzione del tasso di ospedalizzazione.

I medici di assistenza primaria che non riescono a raggiungere i livelli minimi di risultato ipotizzati nei progetti di L.S.P., nelle varie fasi intermedie e finali, devono essere sentiti dalla commissione di cui all'art. 14 comma 4 del DPR 270/2000 e se non sono in condizioni di fornire documentate giustificazioni ad anomalie di comportamento sono sottoposti ai procedimenti di cui all'art. 16 DPR 270/2000.

I medici di Assistenza Primaria che già si trovano ai livelli ipotizzati o che raggiungono tali livelli nelle diverse fasi previste nei progetti di L.S.P. hanno diritto agli incentivi proposti negli stessi, ed in particolare dovrà essere programmato un fondo di potenziamento delle prestazioni territoriali alimentato dalla razionalizzazione della spesa e da stanziamenti destinati dall'Azienda a interventi programmati.

Tale fondo dovrà essere utilizzato per lo sviluppo di attività concernenti direttamente i medici di medicina generale, da definire con contrattazione aziendale.

I medici di assistenza primaria possono partecipare ai progetti dei L.S.P. anche in forma associata, soprattutto per minimizzare gli effetti di una inadeguata distribuzione statistica della campionatura degli assistiti. Sentito il Comitato ex art.11, i progetti di L.S.P. possono essere programmati per articolazione distrettuale o per ambiti di scelta; in tali casi la ripartizione degli incentivi terrà conto delle modalità di raggruppamento dei medici.

#### **Ex-ART.75 La contrattazione aziendale - Linee Guida di Accordo Aziendale**

Le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative dei Medici di Medicina Generale, presenti nel Comitato Aziendale ex-art.11 e la A.S.L. .... stipulano il seguente Accordo Aziendale ai sensi del II Accordo Regionale.

Premesso che:

1) Il riordino del SSN, avviato dai Dlgs 30.12.1992 n. 502 e 7.12.1993 n.517 integrato dal Dlgs 229/99, comporta una riorganizzazione complessiva dell'area della medicina generale, ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle Organizzazioni Sindacali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato di prestazioni sanitarie. In tale contesto il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva.

2) L'Accordo Regionale

descrive:

le nuove attività che possono essere svolte in aggiunta a quelle previste dall'art.31 dell' A.C.N., inerenti le cure primarie, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sociali e sanitari; gli elementi operativi che permettono al medico di famiglia una parte attiva nella gestione delle risorse e nella definizione dell'organizzazione sanitaria; la necessità di una pianificazione economica basata sull'analisi della spesa sanitaria, sulla verifica della qualità delle prestazioni e sul controllo dei risultati attesi; la disponibilità di una quota variabile della retribuzione legata al raggiungimento degli obiettivi.

demanda

inoltre alle Aziende, tramite specifici accordi, la definizione degli obiettivi e dei percorsi più attinenti alla propria realtà territoriale

individua

quali azioni prioritarie da realizzare in collaborazione con i medici di medicina generale:

- adozione di linee guida e di percorsi diagnostico – terapeutici sviluppati da gruppi di lavoro a livello aziendale e/o distrettuale nel rispetto della DGRC 6961 del 21/12/2001.
- attivare e /o ridefinire il sistema informativo aziendale integrato - secondo quanto previsto dal Capitolo Informatizzazione del II Accordo Regionale - tramite un collegamento in rete con i medici di medicina generale per una comunicazione interattiva utile al miglioramento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e diagnostici e per la programmazione dell'assistenza sanitaria al fine anche di avviare la razionalizzazione della spesa sanitaria.;
- potenziare gli interventi di informazione ed educazione sanitaria per promuovere comportamenti e stili di vita orientati alla salute;
- migliorare i servizi resi all'utenza attraverso il coinvolgimento partecipato dei medici di famiglia in iniziative mirate alla accessibilità, alla comunicazione ed alla conoscenza;
- sviluppare le attività di prevenzione, diagnosi e cura della patologia tumorale.

La A.S.L. ....e le OO.SS. maggiormente rappresentative dei Medici di Medicina Generale concordano

1) di definire i seguenti progetti in linea con le indicazioni dell'Accordo regionale :

- a) livelli di spesa programmata di cui all'art. 72
- b) programmazione della formazione continua
- c) prestazioni ed attività informatiche
- d) prevenzione oncologica e non oncologica
- e) percorsi diagnostici terapeutici assistenziali
- f) équipes territoriali
- g) sperimentazione di budget di distretto
- h) assistenza domiciliare
- i) processi assistenziali riguardanti patologie sociali (diabete)
- l) ambulatori programmati per patologie sociali
- m) dotazione di strumenti diagnostici
- n) sperimentazioni di telemedicina
- o) partecipazione alle attività degli hospice
- p) partecipazione ai programmi di emergenza sanitaria su indirizzi del Ministero della Salute e/o dell'Assessorato alla Sanità.

### **Ex-Art.76 Condizioni disagiate di attività professionale**

Le zone disagiate a popolazione sparsa vengono individuate dalle AA.SS.LL. attraverso il Comitato Aziendale e valutate con parere vincolante dal Comitato ex Art.12 entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo.

Per lo svolgimento di attività nelle zone individuate come disagiate, ai sensi dell'art.45 lettera C2 comma 2, DPR 270/2000, va corrisposto un compenso accessorio annuo, frazionato in dodicesimi, di € **3,10** per assistito residente nella zona dichiarata disagiata. In caso di superamento della percentuale del **10%** della popolazione regionale, tale compenso accessorio sarà ridotto proporzionalmente della stessa percentuale di eccedenza da parte del Comitato ex art.12, dopo valutazione a consuntivo dei dati inviati dalle Aziende.

La corresponsione dei compensi decorre dalla data di individuazione delle zone disagiate da parte delle AA.SS.LL.

Per le zone di cui sopra, il tetto delle PPIP può essere elevato in accordo con l'Azienda.

### **Allegato "N" per i Medici della Medicina dei Servizi**

#### **Art.1 – Ambito di applicazione**

1. I medici della Medicina dei Servizi sono utilizzati dal S.S.R. per i compiti, le funzioni e le responsabilità previsti per il personale medico dai decreti legislativi 502/92, 517/93, 229/99, dalla L.R. 32/94 e dalla programmazione regionale e aziendale, mantenendo, in ambito regionale, il monte orario storico del comparto Medicina dei Servizi fino alla applicazione di

quanto previsto dal comma 1 bis dell'art. 8 del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Ai medici della Medicina dei Servizi, in possesso dei requisiti previsti, la AA.SS.LL. possono conferire incarichi di responsabilità di strutture semplici.

Le modalità applicative sono demandate alla contrattazione aziendale.

#### **Art.2 - Progetti obiettivo**

1. Ai medici della Medicina dei Servizi che partecipano agli Obiettivi Regionali Aziendali e Distrettuali, viene corrisposto un compenso equivalente a quello previsto per il personale medico dipendente con pari anzianità di incarico.

#### **Art.3 – Aggiornamento professionale**

1. L'aggiornamento dei medici della Medicina dei Servizi si svolge secondo quanto previsto all'art.8 Capo I del presente Accordo,; vista la specificità del settore, possono essere valutate a livello regionale o aziendale finalità e modalità integrative.

#### **Art.4 - Reperibilità**

1. Qualora il medico della Medicina dei Servizi operi in UU. OO. in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, la stessa dovrà essere assicurata con le stesse modalità e con lo stesso compenso previsto per il personale dipendente di pari anzianità di incarico.

#### **Art.5 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi e patrocinio legale**

1. L'Azienda sentiti i sindacati maggiormente rappresentativi provvede ad assicurare i medici di cui al presente allegato contro gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale e contro i danni da responsabilità professionale verso terzi, secondo i massimali previsti dall'art. 18, Allegato N, D.P.R. 271/2000, che comprendano anche le tutele di cui ai commi successivi.

2. L'Azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del medico per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, mette a disposizione, a condizione che non sussista conflitto di interesse, un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

3. Qualora il medico intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 2, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui al medico, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 2 per presunto conflitto di interesse.

4. L'Azienda dovrà esigere dal medico, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi per dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa.

#### **Art.6 – Trasferimenti**

1. Il trasferimento dei medici tra Aziende o Enti della stessa Regione o di Regioni diverse, può avvenire a domanda del medico previo nulla osta.

2. Il nulla osta dell'azienda o ente di appartenenza, qualora non venga concesso entro dieci giorni dalla richiesta, è sostituito dal preavviso di tre mesi.

#### **Art.7 – Comando**

1. Per comprovate esigenze di servizio la A.S.L. può disporre il comando del medico di MdS., che abbia dato il suo assenso, presso Aziende o Enti del comparto.

### **Art.8 - Prestazioni aggiuntive**

1. Il medico della Medicina dei servizi, per necessità legate ad esigenze lavorative, può svolgere prestazioni aggiuntive il cui compenso è negoziato a livello aziendale

### **Art.9 – Attività fiscali e ispettive**

1. I medici della Medicina dei Servizi titolari anche di rapporto convenzionale per l'assistenza primaria possono svolgere attività ispettive e fiscali solo al di fuori del proprio ambito di scelta.

### **Art.10 - Mobilità**

1. I trasferimenti d'ufficio previsti dall'art.9, comma 7 e seguenti dell'allegato "N" D.P.R.270/00, avvengono nel rispetto dei criteri generali concordati a livello aziendale con i sindacati maggiormente rappresentativi.

### **Art.11 – Plus Orario**

Ai medici della Medicina dei Servizi, la ASL può richiedere, previo assenso del medico, di svolgere attività in plus orario, le cui modalità applicative sono demandate alla contrattazione aziendale.

### **Art.12 – Trattamento economico**

I medici di MdS partecipano ai Protocolli Applicativi specifici previsti nel Piano triennale proposto dall'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni di cui all'art 1 bis del presente accordo. Per i medici di MdS tali protocolli devono tendere all'acquisizione ed analisi dei dati significativi e degli indicatori analitici a livello delle singole Unità Operative ai fini del contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica, diagnostica e riabilitativa ecc. Per questi compiti aggiuntivi a quelli istituzionali, ai medici della Medicina dei Servizi in Regione Campania è riconosciuto un compenso professionale di cui all'art.14 Allegato N D.P.R. 270/2000 incrementato di € 2,00 per ogni ora di attività svolta, da corrispondere mensilmente

La corresponsione dell'indennità decorre dal primo ottobre 2003

La verifica del raggiungimento degli specifici obiettivi annuali rientra nelle competenze del Comitato ex art 11 che fornirà ai Direttori Generali delle AASSLL ed all'Assessorato alla Sanità le valutazioni per il raggiungimento degli obiettivi e per l'attivazione dei meccanismi sanzionatori previsti dall'ACN.

### **Art.13 – Attività sindacale**

1. A titolo di indennità per le attività collegate allo svolgimento dei compiti sindacali a livello regionale per la Medicina dei Servizi, a ciascun sindacato firmatario del presente Accordo è riconosciuta la disponibilità di 12 ore settimanali per ogni insieme di 200 iscritti o frazioni di 200 superiori a 100.

2. La Segreteria regionale del sindacato comunica ogni anno i nominativi dei rappresentanti sindacali, ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario di cui al comma 1, con indicazione delle ore assegnate a ciascun rappresentante.

3. L'onere, di cui al comma 1, è a carico dell'Azienda presso cui opera il rappresentante sindacale indicato, secondo le modalità di cui al comma 2.

## **Norme Finali**

### **Norma finale n. 1**

1. A tutti gli emolumenti ed indennità previste nel presente Accordo si applica quanto previsto ai commi 1, 2, 3, e 4 dell'art.46 del DPR 270/2000, "Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia"e, per i Medici dei Servizi si applica l'art 14.d del DPR 270/2000

2. Gli effetti normativi ed economici del presente Accordo decorrono dalla data di pubblicazione sul BURC; il presente Accordo è valido fino all'entrata in vigore del successivo AIR.

3. Per tutto quanto non contemplato dal presente Accordo è fatto riferimento al DPR 270/2000.

**Norma finale n. 2**

1. I sindacati firmatari dell'ACN devono essere convocati preventivamente dalla Regione e/o dalle Aziende per qualsiasi iniziativa di progettualità, programmazione e organizzazione e/o per qualsiasi progetto obiettivo regionale o aziendale che incidano sulle attività della medicina generale (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza territoriale, medicina dei servizi).

**Norma finale n. 3**

1. La popolazione cui deve farsi riferimento a livello regionale o aziendale nel presente Accordo è quella dei "Dati ISTAT" dell'anno preso in considerazione a cui si deve sottrarre la popolazione di età di esclusiva pediatrica (da 0 a 6 anni).

**Norma finale n. 4**

1. La Continuità Assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui agli artt.14 e 15 e secondo il disposto del D.P.R.270/2000 art.52 comma11 e comma12. Sulla base della programmazione delle attività distrettuali, le Aziende inseriscono a domanda, e previa graduatoria formulata in base all'anzianità di servizio, medici di Continuità Assistenziale, senza altri rapporti di lavoro compatibili, nelle attività distrettuali con incremento dell'impegno orario settimanale fino alla concorrenza del massimale orario di 38 ore. Il trattamento economico è quello previsto all'art.9 Capo III del presente Accordo, con aggiunta del rimborso spese chilometrico in misura uguale al personale dipendente per attività svolte in comune diverso da quello del presidio di appartenenza.

**Norma finale n. 5**

Il Capo V del presente Accordo integra quanto già deliberato in sede regionale in materia di emergenza sanitaria territoriale. Nel caso di modifiche dell'attuale modello organizzativo e funzionale dei SAUT e dei PSAUT, le OO.SS firmatarie del presente Accordo saranno convocate per rendere congruenti tali modifiche con quanto previsto al Capo V del presente Accordo.

**Norma finale n. 6**

1. I medici di assistenza primaria possono svolgere funzioni medico-legali per conto dell'Azienda Sanitaria limitatamente agli ambiti territoriali di scelta non coincidenti con quello dove svolge l'attività di medico convenzionato.

**Norma finale n. 7**

Ai sensi del presente Accordo il medico di assistenza primaria non può esercitare l'attività di medico di assistenza primaria in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale come definito all'ex-art.20 del presente Accordo, fatti salvi gli studi di assistenza primaria già autorizzati dalla ASL ai sensi dell'art.22 DPR 270/2000.

**Norma finale n. 8**

Al fine di favorire l'espletamento delle visite domiciliari da parte del medico di A.P. nelle aree urbane ad elevata densità abitativa e di traffico, le AA.SS.LL. promuovono opportune iniziative, che consentano, l'adozione, da parte dei Comuni, così caratterizzati, di misure idonee a consentire comunque al medico in visita la sosta temporanea in prossimità del domicilio del paziente.

**Norma finale n. 9**

Ove, in corso di validità del presente Accordo, intervengano normative nazionali o regionali, che ne modificano l'applicabilità, le parti concordano la riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.

**Norma finale n. 10**

Ove, in corso di validità del presente Accordo, venga superata la percentuale massima del 60% prevista globalmente per la medicina in rete e di gruppo, le parti si impegnano a riconsiderare tale limite percentuale tramite riunione del tavolo di trattativa, così come previsto all'ex-art.45 comma 4 del presente Accordo.

**Norma finale n. 11**

Anche per le Società Scientifiche e Professionali della Medicina Generale valgono le norme previste dall'art.10 comma 7 D.P.R.270/2000 in ordine alla riscossione delle quote sociali annuali.

**Norma finale n. 12**

Il Comitato ex art 12 è sede di osservazione del presente accordo ed effettua il monitoraggio dello stesso con cadenza semestrale. La corretta applicazione dello stesso, la verifica dei servizi erogati e la qualità degli stessi rientrano nelle competenze delle singole AASSLL.

Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, etc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali del presente Accordo siano demandati al Comitato ex-art.12

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE  
ai sensi del Capo VI del D.P.R.270/2000**

**parti firmatarie**

**REGIONE CAMPANIA – ASSESSORATO ALLA SANITÀ**  
*Prof.ssa Rosalba Tufano*

**REGIONE CAMPANIA – ASSESSORATO ALLA SANITÀ**  
*Il Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria Dott. Massimo Amadei*

**REGIONE CAMPANIA – ASSESSORATO ALLA SANITÀ**  
*Il Coordinatore Programmazione Sanitaria Dott. Giuseppe Catenacci*

**REGIONE CAMPANIA – ARSAN**  
*Il Direttore dell'ARSAN Dott. Bruno De Stefano*

**F.I.M.M.G.**  
*Dott. Angelo Castaldo*

**S.N.A.M.I.**  
*Dott. Giorgio Massara*

**INTESA SINDACALE SUMAI - SIMET – CISL MEDICI**  
*Dott. Antonio Chiacchio*  
*Dott. Giovanni Arpino*  
*Dott. Antonio Crescenzo*

**FEDERAZIONE MEDICI**  
*Dott. Luigi Santoro*

**FP CGIL MEDICI**  
*Dott. Giosuè Di Maro*

**FEDERAZIONE DEGLI ORDINI dei MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI  
della Regione Campania (D.P.R.270/2000 art.73 c3)  
*Dott. Giuseppe Del Barone***

**Parti Firmatarie : SETTORI**

ASSISTENZA PRIMARIA

**FIMMG** *Dott. Angelo Castaldo*  
**SNAMI**  
**INTESA SINDACALE**  
**FEDERAZIONE MEDICI**

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**FIMMG** *Dott. Silvestro Scotti*  
**SNAMI**  
**INTESA SINDACALE**  
**FEDERAZIONE MEDICI**

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**FIMMG** *Dott. Francesco Testa*  
**SNAMI**  
**INTESA SINDACALE**  
**FEDERAZIONE MEDICI**

MEDICINA DEI SERVIZI

**FIMMG** *Dott. Valerio Colucci*  
**SNAMI**  
**INTESA SINDACALE**  
**FEDERAZIONE MEDICI**