

NORMA FINALE N. 19

1. **Qualora gli accordi regionali di cui all'art. 26 ter prevedano da parte dei medici coinvolti nelle Unità complesse delle Cure primarie l'utilizzo di società di servizio, anche cooperative, queste, così come stabilito dalla lettera b, comma 3 dell'art. 54, non possono in ogni caso fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.**

NORMA FINALE N. 20

1. Le OO.SS. o le Parti citate nel presente ACN, anche quanto diversamente appellate, devono intendersi esclusivamente come quelle firmatarie.

NORME TRANSITORIE

NORMA TRANSITORIA N. 1

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

NORMA TRANSITORIA N. 2 (SOPPRESSA)

NORMA TRANSITORIA N. 3 (SOPPRESSA)

NORMA TRANSITORIA N. 4

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale ed in quella di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.
2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di formazione specifico, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.
3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

NORMA TRANSITORIA N. 5

1. Gli Accordi regionali ed aziendali **vigenti**, conservano i loro effetti giuridici ed economici fino alla durata da essi prevista o fino all'entrata in vigore dei successivi.

NORMA TRANSITORIA N. 6

1. **Ai medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo che non risultino titolari di un numero minimo di scelte pari a 300 unità, il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3 è elevato a cinque anni.**

NORMA TRANSITORIA N. 7

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e/o di settore, è concesso, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale o in quelle di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.
2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.
3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

NORMA TRANSITORIA N. 8

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, e che il Decreto Legislativo n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6 sospende l'efficacia di tali disposizioni fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione che dovrà essere istituita con decreto del Ministro alla salute, fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 19, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 484/96, con esclusione dell'ulteriore beneficio previsto dall'art. 16 del d.lgs. 30.12.1992 n. 503.

NORMA TRANSITORIA N. 10

Il disposto di cui all'art. 33 comma 12 e all'art. 34 comma 11 si attua previa individuazione delle zone disagiate da parte delle Aziende sulla base dei criteri definiti negli accordi regionali.

NORMA TRANSITORIA N. 11

I rappresentanti medici elettivi di cui all'art. 25, comma 4, con le procedure di cui all'allegato O del presente ACN restano in carica fino alla definizione economico normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore.

NORMA TRANSITORIA N. 12

1. In attesa della variazione dell'aliquota riferita all'assicurazione di malattia, in favore dei medici di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale per ciascuno degli anni 2008 e 2009 sarà erogata una quota una tantum per ciascun assistito in carico/ora di attività svolta, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda secondo la seguente tabella:

	2008	2009
Assistenza primaria	€ 0,13/assistito	€ 0,13/assistito
Continuità assistenziale	€ 0,06/ora	€ 0,06/ora
Emergenza Sanitaria Territoriale	€ 0,06/ora	€ 0,06/ora

Quanto dovuto ai sensi del presente comma verrà corrisposto entro il mese di ottobre 2009 per l'una tantum riferita all'anno 2008 ed entro il mese di giugno 2010 per l'una tantum riferita all'anno 2009.

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

È volontà delle parti procedere ad una graduale riorganizzazione della medicina generale nel rispetto dei valori fondamentali che caratterizza il rapporto di fiducia medico-paziente ed il rapporto convenzionale individuale.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le regioni e le OO.SS. firmatarie si impegnano alla prosecuzione immediata delle trattative per il secondo biennio economico 2008-2009, utilizzando tutte le risorse economiche disponibili per tale biennio per proseguire la riorganizzazione della medicina generale a partire da quanto pattuito nella norma finale 17.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Con il passaggio delle competenze gestionali ed organizzative dal Ministero della Giustizia al SSN e quindi alle Regioni ed alle ASL, l'assistenza penitenziaria di base è stata inserita nell'area della medicina generale erogata nel territorio. Le parti prendono atto che le problematiche concernenti il rapporto di lavoro del personale medico operante nelle strutture penitenziarie saranno affrontate nel corso della trattativa che seguirà alla firma del presente ACN, introducendo un nuovo capo dedicato alla medicina penitenziaria.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

L'applicazione delle disposizioni dell'art. 59 bis contenute ai commi 1 e 2 è subordinata alla completa operatività del sistema informatico di cui al comma 3 ed alle condizioni stabilite dal comma 4 del medesimo articolo.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

L'attività del medico di assistenza primaria, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di

autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- **obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliera di apertura del proprio studio;**
- **prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;**
- **limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;**
- **monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;**
- **controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.**

Allegato B

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5 tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 7.000 abitanti né può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più Aziende.
3. Si procede in questo modo.
4. Si stabilisce quale è la popolazione anagraficamente residente nell'ambito alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
5. Da tale dato si detrae la popolazione che al 31 Dicembre dell'anno precedente, pur anagraficamente residente nell'ambito territoriale, ha effettuato la scelta del medico in altro ambito e si aggiunge la popolazione non residente che ha effettuato la scelta nell'ambito.
6. Dal dato così ottenuto si detrae ulteriormente la popolazione in età pediatrica (0-14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.
7. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione ivi compresi i medici ex-associati.
8. Ognuno di essi ha un proprio massimale, derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.
9. Ad ogni medico viene attribuito un valore pari al rapporto ottimale vigente nella Regione ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale medesimo.
10. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale, sulla base di quanto disposto dal comma 9 e dal 15 dell'art. 33.
11. La zona è carente qualora il risultato del calcolo di cui al comma 10 sia superiore a 500.

**REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE
E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE
VOLONTARIA**

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituito è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Ai medici sostituiti spettano i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.
5. Il medico sostituito al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:
 - a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
 - b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
 - c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
 - d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di assistenza primaria sono quelle elencate in calce al presente allegato D, nel nomenclatore-tariffario.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e numero di codice regionale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo di prestazioni multiple autorizzate di cui all'Allegato S del presente Accordo, debitamente controfirmato dall'assistito, o da chi per lui, a conferma dell'avvenuta effettuazione delle prestazioni.
6. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.
7. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento dai soggetti di cui all'art. 25, comma 4.
8. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lett. "C". Fermo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4.
9. I medici della Continuità Assistenziale possono eseguire, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario di cui al presente Allegato.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A - Prestazioni eseguibili senza autorizzazione:

Prestazioni

1.1.2001

1. Prima medicazione (*)	12,32
2. Sutura di ferita superficiale	3,32
3. Successive medicazioni	6,16
4. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5. Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6. Cateterismo uretrale nella donna	3,59
7. Tamponamento nasale anteriore	5,62
8. Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9. Lavanda gastrica	12,32
10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B - Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria:

Prestazioni 1.1.2001

1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni non obbligatorie (****)	6,16

C - Tipologie di prestazioni di norma eseguibili nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 25.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 14, comma 4:

Anziani:

- test psicoattitudinali
- test per valutazione di abilità e di socializzazione
- test verbali e non, per valutazione cognitiva.

Prevenzione, diagnosi precoce, terapia e follow up, di:

- patologie infettive: iniezione di gammaglobulina antitetanica, vaccinazioni individuali e partecipazione a campagne di vaccino profilassi
- patologie sociali croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, dislipidemie): ECG, esame del fondo oculare, diagnostica di laboratorio (glicemia, glicosuria delle 24 ore, dosaggio dei lipidi plasmatici ecc.)
- neoplasie: prelievo vaginale per esame oncocitologico, colposcopia con eventuale prelievo per citologia, ricerca del sangue occulto nelle feci, paracentesi, cateterismo vescicale, lavande vescicali, iniezione I.V. singola o a cicli (ad es. di antitumorali), flebotomie singole o a cicli o quant'altro sia necessario a scopo preventivo o terapeutico
- patologia reumatica e osteoarticolare: artrocentesi, iniezioni endoarticolari, ionoforesi
- patologia respiratoria (asma, bronchite cronica, allergie): spirometria, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, cicli di aerosol (***)
- patologia genito-urinaria e disturbi della minzione: cateterismo, massaggio prostatico, uroflussimetria, prelievo vaginale per studio ormonale
- pazienti sottoposti a manovre chirurgiche o comunque che necessitano di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale: incisione di ascessi, riduzione di lussazione.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente allegato anche nel caso previsto dall'art. 45, comma 4 lettera c).

**ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI**

Art. 1 – Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 53, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2 – Attivazione del servizio domiciliare

1. 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 inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
- b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
 - insufficienza cardiaca in 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.

Art. 3 – Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbinabile di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di assistenza primaria, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.
2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di assistenza primaria con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al distretto.
3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.
4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.
5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico di libera scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.
7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 4 – Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:
 - A) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
 - B) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
 - C) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5 – Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. 18,90 per accesso dallo 01.01.2000.
2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze previste dal programma concordato.
3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6 – Modalità di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 – Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
3. Sulla base di apposito Accordo Regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

Art. 8 – Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 9 – Intese decentrate.

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 1 – Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 53, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
 - a) di medicina generale;
 - b) di medicina specialistica;
 - c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
 - d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
 - e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. 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.

Art. 2 – Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
 - malati terminali;
 - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
 - incidenti vascolari acuti;
 - gravi fratture in anziani;
 - forme psicotiche acute gravi;
 - riabilitazione di vasculopatici;
 - riabilitazione in neurolesi;
 - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Art. 3 – Procedure per l'attivazione

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di assistenza primaria, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
 - a) medico di assistenza primaria;
 - b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
 - c) servizi sociali;

d) familiari del paziente.

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di assistenza primaria concordano:

- a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
- d) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

5. 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;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 4 – Sospensione

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di assistenza primaria che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Art. 5 – Trattamento economico

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 59 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90 dallo 01.01.2000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata mediante l'accordo regionale di cui all'art. 53, comma 1, lettera c).

Art. 6 – Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite

apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

Art. 7 – Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

Art. 8 – Riunioni periodiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati i medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Art. 9 – Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

Art. 10 – Controversie

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

Art. 11 – Intese decentrate.

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

**REGOLAMENTO ELETTORALE
ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE
DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI**

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la medicina generale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. La elezione dei componenti di cui al precedente comma si svolgerà in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti entro e non oltre sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo.
3. L'Assessore Regionale alla Sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.
4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.
5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 23, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.
6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la medicina generale alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.
7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art.23.
8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.
9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.
10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 24 i dati elettorali.
11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze
12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.
13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.
14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 24.

15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:
- a) assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
 - b) dimissioni dall'incarico;
 - c) cessazione del o degli incarichi convenzionali detenuti nella medicina generale.
16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

**SCHEMA DI LINEE GUIDA
PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA**

PROGRAMMA

Poiché per le due situazioni cliniche di emergenza estrema, rappresentate dall'arresto cardiocircolatorio e dal grave politraumatismo, è di primaria importanza garantire un intervento qualificato da parte del personale addetto al soccorso, nel programma del corso per i medici dell'Emergenza saranno inserite le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (Basic Life Support=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (Advanced Cardiac Life Support) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'American Heart Association e l'European Resuscitation Council e le Linee Guida dell'ATLS (Advanced Trauma Life Support) nei casi di pazienti traumatizzati dell'American College of Surgeons, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:
 - al domicilio;
 - all'esterno;
 - su di un mezzo di soccorso mobile;
 - in ambulatorio.

2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:
 - in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
 - con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
 - politraumatizzato o con traumasmi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
 - grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
 - in stato di shock
 - in coma o altre patologie neurologiche
 - con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
 - con aritmia cardiaca
 - con E.P.A.
 - con emorragie interne ed esterne (emofioe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
 - in caso di folgorazione o annegamento
 - in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
 - in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
 - in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
 - in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;

4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);
8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
9. Essere formato al Corso dispatch emergency medical.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale di ciascuna Azienda USL con formale provvedimento.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

DICHIARAZIONI A VERBALE DELLE OO.SS.

DICHIARAZIONI A VERBALE FIMMG

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1

La FIMMG dichiara che, nel rispetto della legge sulla privacy, il medico è tenuto a non trasmettere dati sensibili per i quali il paziente abbia negato specificamente l'autorizzazione.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2

La FIMMG afferma che le funzioni amministrativo-burocratiche derivanti dall'applicazione di quanto disposto dagli articoli 25, 26, 26/bis, 26/ter, 45 comma 2 lette. B, 59/bis, 59/ter, possono essere trasferite su personale di studio assunto secondo il CCNL degli studi professionali e/o fornito da società, cooperative, associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, se appositamente formato. Tale formazione potrà essere svolta utilizzando anche le risorse messe a disposizione del Fondo interprofessionale per la formazione di riferimento.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 3

La FIMMG si farà parte attiva presso i Ministeri del Welfare, dell'Economia e dell'Innovazione tecnologica per l'adozione nella ricetta elettronica di cui all'art. 59 ter di convertitori della codifica ICD9CM, non applicabile nell'assistenza territoriale, ad altra più idonea e rispettosa della normativa sulla privacy.

DICHIARAZIONE A VERBALE SNAMI

La delegazione dello S.N.A.M.I., dando seguito alla decisione del proprio Congresso straordinario del 10 Gennaio 2009, nel sottoscrivere il nuovo ACN per la Medicina Generale in relazione al quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006-2007

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Considerando l'evoluzione intercorsa a livello Ministeriale, per ciò che riguarda la strutturazione dell'assistenza H24 da parte del territorio e del sistema delle Cure Primarie, con l'adozione di modelli sperimentali, descritti nel documento elaborato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25.03.09, denominato :*"Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti 'Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"*

CHIEDE che tale documento faccia parte integrante del presente accordo collettivo e sia la base della discussione della normativa del prossimo biennio a conclusione del quadriennio normativo.



SISAC

Struttura interregionale sanitari convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

In data 10 marzo 2010 alle ore 12.00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Franco Rossi

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

SNAMI

SMI

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI - FP CGIL MEDICI - SIMET - SUMAI

Vista la legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;



**IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA
DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI
DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni
ed integrazioni**

INDICE

ART. 1 - ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.	4
ART. 2 - MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.	5
ART. 3 - DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI "PAPERLESS".	6
ART. 4 - LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.	7
ART. 5 - INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.	8
ART. 6 - TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.	9
ART. 7 - IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.	10
ART. 8 - AUMENTI CONTRATTUALI.	11
ART. 9 - MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.	14
ART. 10 - ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.	15
NORMA TRANSITORIA N. 1.	16
DICHIARAZIONE A VERBALE.	17



Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

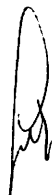
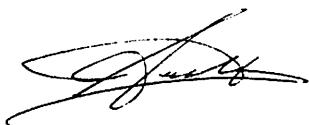
Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.



ART. 1 - ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.
2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.
3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 26bis ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.
4. L'onere del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente rinnovo contrattuale.



ART. 2 - MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che:
 - a) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati;
 - b) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. La disciplina negoziale delle singole professioni afferenti il presente Accordo non può derogare alle disposizioni del precedente comma. Le clausole difformi sono abrogate fatta salva la norma finale n. 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.



ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI “PAPERLESS”.

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del medico di assistenza primaria, è avviato il percorso di implementazione del “patient summary” attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:
 - a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;
 - b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
 - c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del “patient summary” riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

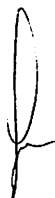
Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del “patient summary” per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

2. L'individuazione dei pazienti cronici per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 8 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti e condivisi a livello regionale. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale.
3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 59bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.
4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 59ter dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 59bis e al comma 5 dell'art. 13bis del medesimo ACN.



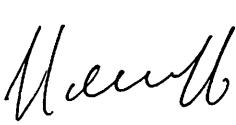
ART. 4 - LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
 - La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
 - La dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
 - La responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
6. È abrogato l'art. 2 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.



ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.

1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
 - a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
 - b) Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
 - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica)
 - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento
 - Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP
 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato
 - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi
 - c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;
 - d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
 - e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
 - f) Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP.




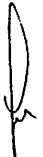



ART. 6 - TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.
2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:
 - per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
 - sono riconosciute ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.
 - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti.



ART. 7 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.

1. Nell'ambito della UCCP, lo specialista ambulatoriale ha il compito di garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti assistiti dall'UCCP, presso la sede della stessa, a domicilio o presso altre strutture residenziali.
2. L'attività dello specialista ambulatoriale nell'ambito della UCCP si svolge in accordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima UCCP (medicina generale, pediatria di famiglia, ecc.) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

ART. 8 - AUMENTI CONTRATTUALI.

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda:

Medici di Assistenza Primaria**TABELLA A - Arretrati 2008 - 2009**

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2008	0,27
arretrati 2009	2,17

TABELLA B - Incrementi 2010


Decorrenza	quota capitaria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./ presente accordo
dal 1.1.2010	€ 10,80	Art. 59, lett. A, comma 9
dal 1.1.2010	€ 0,20	Assistenza al cronico
dal 1.1.2010	€ 0,81	Accordo Integrativo Regionale

Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale**TABELLA C - Arretrati 2008 - 2009**

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

TABELLA D - Incrementi 2010

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./ presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Artt. 72, comma 1 e 98, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale



Medici di Medicina dei Servizi Territoriali

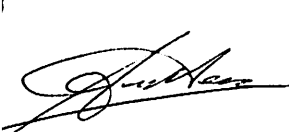
TABELLA E - Arretrati 2008 - 2009

Anno	€/per ora
arretrati 2008	0,08
arretrati 2009	0,69

TABELLA F - Incrementi 2010

Decorrenza	quota oraria	ACN 23 marzo 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 0,43	Art. 85, comma 1
dal 1.1.2010	€ 0,26	Accordo Integrativo Regionale

2. le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per assistito/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 0,81 (zero/81) per l'assistenza primaria, euro 0,26 (zero/26) per la continuità assistenziale, per l'emergenza sanitaria territoriale e per la medicina dei servizi.
3. Ai sensi dell'art. 59, lett. A, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, il compenso aggiuntivo annuo, pari ad euro 20,29 è incrementato, a far data dal 1 gennaio 2010, di euro 10,80 (dieci/80).
4. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 72, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di continuità assistenziale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).
5. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 85, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di medicina dei servizi è incrementato ulteriormente di euro 0,43 (zero/43).
6. A far data dal 1 gennaio 2010, ai sensi dell'art. 98, comma 1 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., l'onorario professionale dei medici di emergenza sanitaria territoriale è rideterminato in euro 22,46 (ventidue/46).
7. Euro 0,20 (zero/20), per ciascun assistito dai medici di assistenza primaria, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, viene attribuito dalla Regione ai propri medici di assistenza primaria in base al numero di assistiti presenti nella loro lista affetti da una o più delle patologie croniche di cui al DM 28 maggio 1999, n. 329.
8. Le Regioni assegnano tale disponibilità finanziaria entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN. Trascorso tale termine, le risorse non assegnate per l'assistenza ai



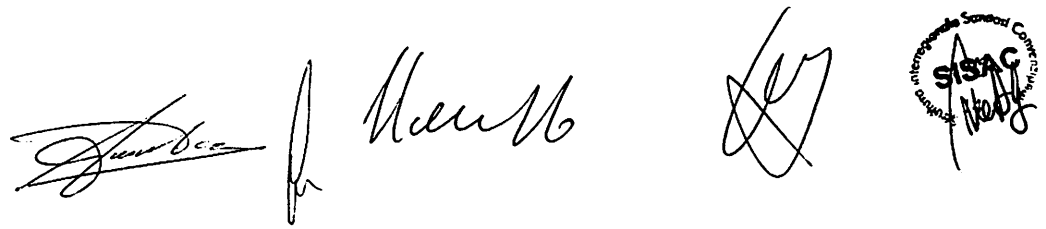
pazienti di cui al precedente comma 7, vengono assegnate ai medici sulla base del numero di assistiti con età superiore ai 75 anni presenti nella loro lista.

9. La mancata collaborazione del medico di assistenza primaria nel fornire quanto previsto al precedente art. 3, comma 2 comporta la sospensione dell'assegnazione della quota di cui al precedente comma 7.
10. Gli arretrati di cui alle tabelle A (medici di assistenza primaria), C (medici di continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale), E (medici di medicina dei servizi) del comma 1 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
11. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui ai commi 3, 4, 5 e 6 del presente articolo sono corrisposti entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
12. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali, a far data dal 1 gennaio 2010, di cui al comma 2 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dalla stipula dell'accordo regionale o entro tre mesi dalla scadenza dei termini dell'art. 6 del presente ACN.
13. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN 23 marzo 2005.



ART. 9 - MODIFICHE ALL'ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

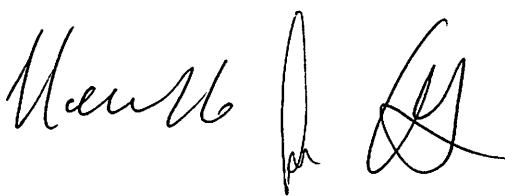
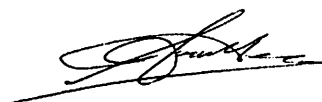
1. Nell'art. 59, lett. B, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "utilizzano un infermiere professionale" sono inserite le seguenti "o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario equivalente". Nel medesimo comma dopo le parole "per assistito in carico." sono aggiunte le seguenti "Nell'ambito delle medesime risorse di cui all'art. 46 e fermo restando la misura fissata al successivo comma 8 lett. d), i medici di assistenza primaria possono utilizzare l'operatore socio sanitario (O.S.S.) assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali. L'Azienda per l'OSS corrisponde, fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico."
2. Nell'art. 22, comma 10 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. dopo le parole "sindacali firmatarie" le parole "del presente accordo" sono sostituite dalle seguenti: "dell'accordo di rinnovo del biennio economico 2008-2009".



The bottom of the page features four handwritten signatures in black ink. From left to right: a signature that appears to be 'Giovanni...', a signature that appears to be 'M...', a signature that appears to be 'L...', and a circular stamp. The stamp contains the text 'SISAC' in the center, with 'Sindacato' on the left and 'Servizi' on the right. Below the stamp is another signature.

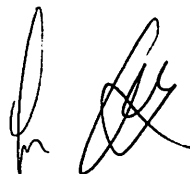
ART. 10 - ACN 23 MARZO 2005 E S.M.I.

1. Il presente Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 e integra con le clausole normative dei precedenti articoli il quadro normativo dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.



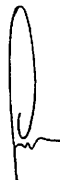
NORMA TRANSITORIA N. 1

I rapporti contrattuali in essere tra i medici incaricati provvisori, i medici in servizio di guardia medica, di cui rispettivamente agli articoli 50, 51 della L. 9 ottobre 1970, n. 740 col SSN possono essere prorogati fino alla predisposizione della specifica disciplina da definire nella successiva contrattazione nazionale.



DICHIARAZIONE A VERBALE

Le regioni si impegnano ad utilizzare l'eventuale disponibilità di risorse derivante dall'applicazione dell'art. 6, comma 2 del presente Accordo a favore di programmi di integrazione tra l'attività di continuità assistenziale e quelle di assistenza primaria.





Struttura interregionale sanitari convenzionati

DICHIARAZIONE A VERBALE

La SISAC, alla luce della comunicazione inviata dal Comitato di Settore del Comparto Sanità in merito all'impegno a valutare la possibile attribuzione della quota aggiuntiva dello 0,8% rispetto all'incremento già riconosciuto nell'ambito del presente rinnovo contrattuale, si impegna a riconvocare le parti una volta esperite tutte le procedure di deliberazione del relativo atto di indirizzo.

Il Coordinatore
dott. Franco Rossi



FEDERAZIONE CISL MEDICI

VIA PO N. 116 – 00198 ROMA

TEL. 06-84241501 / 84083389 / 85350038 – FAX 06-8547289

SITO INTERNET: WWW.CISLMEDICI.COM - E-MAIL: CISLMEDICI@CISL.IT