



REGIONE BASILICATA

Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale
Ufficio Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE (DPR 270/00)

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

Il Piano Sanitario Nazionale 2001-2003, individua per l'area della Medicina Generale i seguenti obiettivi:

1. Potenziamento dell'assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività.
2. Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale.
3. Partecipazione alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multiprofessionali.
4. Sviluppo di attività integrate ospedale-territorio, ponendo cure nel trovare regole e procedure condivise per ammissioni e dimissioni.
5. Attività di formazione, informazione e revisione tra pari dei MMG e dei PLS.
6. Potenziamento dei servizi di supporto all'attività dei MMG di tipo strutturale, strumentale e personale.
7. Sviluppo e potenziamento degli standard informativi dei MMG.
8. Sviluppo di servizi assistenziali carenti nel territorio, anche rispetto alle nuove situazioni di vulnerabilità.

Con il presente accordo integrativo regionale (Capo VI DPR 270/00) per la Medicina Generale, la Regione Basilicata intende offrire gli strumenti normativi, strutturali e anche economici affinché il MMG svolga realmente un ruolo centrale nel campo dell'assistenza sanitaria regionale.

L'Assistenza Domiciliare alle persone anziane e/o non autosufficienti (garantita a tutta la popolazione lucana), gli incentivi per l'informatizzazione dei MMG, per le iniziative di educazione sanitaria, per le forme associative dei medici, sono solo alcuni degli aspetti della Medicina Generale su cui la Regione Basilicata ha inteso puntare e valorizzare.

Dopo gli anni in cui il modello organizzativo è stato prevalentemente ospedalocentrico e la Regione ha posto in essere iniziative volte a ridurre l'emigrazione sanitaria, con questo accordo la Regione intende dare piena attuazione alla Riforma ter, valorizzando attraverso l'organizzazione distrettuale la Medicina del Territorio. Infatti con la piena funzionalità dei Distretti e con l'integrazione di tutte le figure professionali ivi operanti, si è certi di offrire un'assistenza di qualità più aderente alle esigenze del cittadino, anche in termini di umanizzazione.

La Regione Basilicata, a fronte di un notevole impegno, anche economico, si auspica di ricevere dai MMG una collaborazione piena affinché gli obiettivi del PSN e del PSR vengano raggiunti.

In particolare, visto l'andamento attuale della spesa farmaceutica, si richiede ai medici l'impegno prioritario di dare completa e puntuale esecuzione alle direttive che verranno emanate in materia.

ART. 1 CAMPO DI APPLICAZIONE

L'accordo regionale di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, integra il DPR 270/00:

- per quanto riguarda la definizione delle attività assistenziali correlate ai livelli essenziali ed uniformi ed appropriati di assistenza;
- realizzando livelli assistenziali aggiuntivi e coerenti con la programmazione regionale, nel rispetto dei livelli di spesa programmati.

ART. 2 PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' - EQUIPES TERRITORIALI - APPROPRIATEZZA DELLE RISORSE (Ex ARTT. 14, 15, 15-bis DPR 270/00)

Il decreto 229 di riforma del SSN nell'ottica della razionalizzazione e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio articola e definisce in maniera più completa, rispetto alle disposizioni legislative precedenti, il distretto.

In attuazione della normativa nazionale e regionale vigente in materia, nonché delle indicazioni del piano sanitario in questa fase, in attesa che le Aziende diano piena attuazione all'organizzazione del distretto con piena autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, si ribadisce che nell'ambito del distretto devono essere attribuite alla Medicina Generale (da intendersi nella accezione di cui alla dichiarazione a verbale n. 4 A.C.N. 270/00) responsabilità dirette in merito a:

- Gestione del budget per le prestazioni indotte dagli stessi medici (prescrizione farmaceutica, diagnostica di laboratorio e strumentale, consulenze specialistiche, ecc.).

Riutilizzo degli eventuali risparmi per miglioramenti strutturali e funzionali delle attività della MG nel distretto.

Ruolo guida nell'assistenza domiciliare per quanto riguarda i rapporti con le varie figure (specialisti, infermieri, personale socio-assistenziale).

Attività di razionalizzazione dell'impiego delle risorse, anche attraverso la-formulazione di progetti-obiettivo, di attività di formazione, di definizione di linee-guida condivise.

Attività di educazione sanitaria nei confronti degli assistiti.

Promozione e partecipazione a campagne di prevenzione e di screening.

Promozione e sperimentazione di équipes territoriali finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale dei vari operatori del distretto.

ART.3
ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (Ex ARTT. 32, 39,
45 DPR 270/00)

L'assistenza domiciliare, così come esplicitato dall'art. 32, è un compito, cui il medico è tenuto a svolgere, finalizzato al soddisfacimento dei bisogni sanitari. L'art. 39 ribadisce che l'assistenza domiciliare programmata è un livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. L'assistenza domiciliare programmata (art. 39) deve essere assicurata con interventi a domicilio di:

1. assistenza domiciliare integrata (ADI);
2. assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
3. assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

1. L'ADI disciplinata secondo i criteri stabiliti dalla programmazione regionale, assicurata dalle singole Aziende secondo le modalità organizzative che ritengono più aderenti alla loro realtà geografica, svolta ai sensi dell'allegato H del DPR 270/00, presuppone obbligatoriamente i seguenti standard di integrazione dei MMG:

- a. Il MMG è il punto fermo di qualsiasi forma di assistenza domiciliare integrata che si voglia attivare, per qualsiasi Azienda, con qualsiasi attore e per qualsiasi categoria di pazienti.
- b. Oltre gli accessi, al MMG spetta un compenso forfetario di € **100.000** per il coordinamento del programma assistenziale e per la partecipazione alla Unità di Valutazione per ogni paziente seguito in ADI. Per ogni paziente oncologico in fase terminale seguito in ADI, tenuto conto del maggior carico nel coordinamento e del programma assistenziale spetta un compenso forfetario di € **200.000**.
- c. Le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D del DPR 270/00 e al presente accordo integrativo, eseguite nel corso dell'ADI, saranno remunerate a parte e non vengono conteggiate nel tetto massimo del 16.60% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo di onorario professionale di cui all'art. 45, lettera "A1, comma 1".
- d. Ad integrazione delle suddette prestazioni, per ciascuna trasfusione di sangue intero o di suoi derivati eseguita in regime di ADI, al medico è corrisposto un compenso di € 72.590.
- e. Nella fase di programmazione dei piani assistenziali deve essere prevista la possibilità di accessi durante il servizio di continuità assistenziale. In tal caso al medico di continuità assistenziale che effettua l'accesso è riconosciuto un compenso di € 36.600 ad accesso ed il pagamento delle prestazioni aggiuntive eseguite come previsto nell'allegato D del DPR 270/00 e nel presente accordo integrativo.

2. L'ADP, disciplinata dall'allegato G del DPR 270/00, prevede per il singolo medico un tetto massimo di attivazione pari al 20% dei compensi mensili detratta la voce spesa (art. 45, lettera "C1, comma 2"). Il programma di attivazione del servizio di ADP (Allegato 1), proposto dal MMG, può essere rigettato solo nel caso in cui il responsabile di Distretto dimostri che l'assistito non si trovi nelle condizioni previste dall'art. 2 commi a,b,c, del sovra citato allegato G motivandolo con relazione scritta. Il piano assistenziale per singolo assistito viene concordato con il responsabile di Distretto.

3. Si conviene chela disciplina dell'A.D.R. è rimandata alla trattativa aziendale con le singole aziende.
4. Al fine della corresponsione dei compensi il medico segnala al distretto, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito, il numero degli accessi avvenuti e le eventuali prestazioni aggiuntive eseguite in corso di ADI.
5. E' possibile, in attuazione della norma finale n. 14 del D.P.R. 270/00, che vengano incentivate nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa non solo al ricovero ospedaliero ma anche nell'ottica del contenimento dell'emigrazione sanitaria. E' facoltà delle singole Aziende programmare, attivare ed incentivare queste forme di assistenza domiciliare con singoli medici o meglio con forme associative di medici di famiglia.

ART. 4

FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

(Ex ART. 40 DPR 270/00)

PREMESSA

La medicina in associazione (Art. 2 DGR n° 5515/97) è stata una delle innovazioni introdotte dal precedente accordo integrativo che ha avuto maggior successo, avendo raggiunto nell'anno 2000 il 43.6% della popolazione assistibile dal MMG. La Regione Basilicata, con il presente accordo, intende promuovere ulteriormente le forme associative di assistenza primaria superando di fatto le percentuali di riferimento per le varie forme associative previste dal DPR 270/00 (art. 45, comma B2). A tal fine le Aziende provvederanno ad effettuare una verifica annuale per valutare l'attività dell'associazione e del raggiungimento dei relativi obiettivi, secondo procedure da individuarsi in sede di Comitato Regionale. Il finanziamento è correlato all'adesione alla specifiche progettualità aggiuntive previste dall'A.C.N., fermo restando il compenso delle relative attività aggiuntive. Le forme associative che si andranno a costituire a partire dalla data di pubblicazione del presente accordo dovranno attenersi ai principi esplicitati nel presente accordo. Le associazioni costituite prima della data di pubblicazione del DPR 270/00 e fino alla data di pubblicazione del presente accordo integrativo, hanno sessanta giorni di tempo per adeguare il loro regolamento a quanto previsto dal presente accordo.

I. REGOLE GENERALI

A - Disciplina dell'associazionismo medico

1. Il presente accordo disciplina in via esclusiva l'associazionismo medico nei limiti dell'ACN reso esecutivo con DPR n. 270/00.
2. Con l'associazionismo medico si intende:
 - Soddisfare tempestivamente i bisogni assistenziali non differibili, causa preponderante degli accessi impropri al pronto soccorso e dei conseguenti ricoveri ospedalieri.
 - Migliorare l'assistenza e, nel contempo, elevare il livello delle prestazioni, aumentando il numero delle ore di apertura degli ambulatori.

- Permettere l'uso comune di strumenti e di apparecchiature.
 - Aumentare la possibilità di partecipare ad attività di formazione.
3. La partecipazione alle forme di associazione di cui all'art. 40 del DPR n. 270/00 è libera e volontaria e non necessita di autorizzazione alcuna.
 4. La possibilità che nelle forme associative possano entrare anche i medici di continuità assistenziale e i pediatri di libera scelta è importante al fine della costituzione e sperimentazione delle équipes territoriali, nucleo elementare di un vero e proprio "Team delle Cure Primarie" in grado di fornire sul territorio un approccio multi disciplinare ai bisogni espressi dai cittadini.
 5. La costituzione dell'associazione è consentita esclusivamente se viene mantenuta e garantita l'effettiva accessibilità degli studi in rapporto alle esigenze della popolazione assistita.

B - Associazionismo medico di cui alla lettera a) comma 3 art. 40

1. Le forme associative di cui al comma 3 lettera a) sono costituite da un minimo di 3 medici di assistenza primaria e da un massimo di 10 medici per la medicina in associazione, di 10 per la medicina in rete, di 8 per la medicina in gruppo. Si deroga al requisito numerico minimo per le forme associative composte da soli due medici già in essere all'atto di pubblicazione del D.P.R. 270/00. In ogni ambito di scelta deve essere garantita la libera scelta del cittadino sia fra i medici in associazione sia fra questi e medici singoli con capienza. Eventuali deroghe al numero minimo di medici o ai requisiti relativi agli ambiti territoriali delle associazioni saranno valutate dai rispettivi Comitati Aziendali (ex art. 11 DPR 270/00).
2. La partecipazione può cessare in ogni momento. Parimenti la forma di associazione prescelta può essere variata in ogni momento. Qualora il numero dei medici associati scenda sotto il limite minimo previsto per ogni singola forma associativa dai commi 4, 7, 8, 9 dell'art. 40, ai componenti restanti è concesso il termine sei mesi per ricostituire il numero minimo. Lo status operativo ed economico rimane invariato.
3. Ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative e percepire un solo compenso.

C - Attivazione

1. 1 medici che intendono attivare una delle forme previste dall'ACN devono comunicare, con lett. racc. a/r, tale volontà all'Azienda territorialmente competente e all'Ordine dei Medici competente. Sono fatte salve le comunicazioni inviate dopo la pubblicazione dell'accordo nazionale e fino alla pubblicazione del presente accordo regionale.
2. L'associazione è pienamente operativa a partire dal giorno in cui la predetta comunicazione è inviata all'Azienda (farà fede la data del timbro postale in partenza).
3. A partire da tale data ciascun medico componente matura il diritto al compenso.
4. Il compenso viene erogato, con scadenza mensile, con lo stipendio del mese successivo.

D - Requisiti della Comunicazione

1. La comunicazione deve contenere obbligatoriamente la forma di associazione scelta di cui al comma 6 art. 40, i dati e il numero dei partecipanti e gli orari di apertura degli studi coordinati di cui ai commi 4 lettera j), 7 lettera b), 8 lettera e).

2. Qualora le prestazioni incentivanti e aggiuntive (ADI, visite domiciliari il sabato mattina o altro) siano effettuate anche nei confronti degli assistiti di altro medico dell'associazione, deve effettuarsene comunicazione sia all'azienda sia agli assistiti mediante apposizione di avviso scritto nello studio.
3. Stesso obbligo sussiste per ogni nuovo servizio o sistema di integrazione del proprio lavoro.
4. La comunicazione deve contenere anche una dichiarazione sottoscritta da ogni medico che autocertifica il possesso di hardware e software necessari, ove prescritto, alla forma di attività prescelta.
5. La comunicazione può avvenire secondo i modelli allegati (Allegati 2, 3, 4).

E - Requisiti strutturali e qualificanti dell'associazione

1. L'attività ambulatoriale di ciascun medico è erogata per cinque giorni la settimana. La riduzione a quattro giorni la settimana per gli impegni previsti dall'Accordo Nazionale deve rientrare in una precisa programmazione, condivisa dagli altri componenti, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali e va comunicata all'Azienda.
2. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei medici associati componenti al fine di garantire la complessiva disponibilità di accesso di sei ore giornaliere, sono per la mattutina, dalle ore otto alle tredici, e per la pomeridiana, dalle quattordici alle diciannove: le associazioni dovranno garantire un minimo di due ore di apertura degli studi per ciascuna fascia.
3. I medici dell'associazione devono garantire obbligatoriamente l'apertura degli studi nei giorni prefestivi ai sensi dell'art. 33 comma 6 D.P.R.270/00. Dalle ore 8 alle ore 10 del sabato per mettere in condizione il singolo cittadino di comunicare tempestivamente con il medico (anche in turnazione), l'associazione deve mettere in atto tutte le procedure, i mezzi e gli strumenti necessari al fine della ricezione delle richieste di visite domiciliari .
4. Nell'ambito della verifica degli obiettivi raggiunti e della valutazione di coerenza dell'attività dell'associazione con gli obiettivi della programmazione distrettuale, l'associazione deve prevedere, ogni anno, due sedute di verifica tra medici costituenti l'associazione per almeno due argomenti clinici attinenti a problematiche rilevanti della medicina generale da scegliere come riferimento per il proprio gruppo al fine della definizione di (mini) linee guida (tabella 1).

F - Spese

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

II. FORME DI ASSOCIAZIONE

G - Medicina in Associazione - lettera a) comma 6 art. 40

Possono partecipare alla forma medicina in Associazione i medici MMG, i PLS, i medici di continuità assistenziale e i medici addetti alla medicina dei servizi che svolgono anche l'attività di assistenza primaria di cui al capo II del DPR 270/00. Sono esclusi i medici di cui all'art.25 comma 8 (medici penitenziari ex art. 6 comma 1 del DL 14/06/93 n. 187 convertito con modifiche nella legge 12.08.93 n.296) e i medici che svolgono attività libero-professionale strutturata con impegno orario superiore alle 5 ore settimanali di cui all'art. 44.

L'ambito territoriale dell'associazione è l'ambito di scelta, come definito dall'art. 19 del DPR 270/00.

Il singolo medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri medici dell'associazione in caso di effettiva urgenza o in esecuzione di programmi assistenziali o servizi liberamente concordati ai sensi del comma 4 lettera b) e comunicati all'Azienda.

Ai medici che si doteranno di strumenti diagnostici di base (Elettrocardiografo, ecografo, spirometro, spettrofotometro per analisi cliniche ecc.), anche mediante il ricorso a Telemedicina, sarà erogata una ulteriore indennità concordata a livello aziendale, nell'ambito di progettualità di qualificazione degli studi.

H - Medicina in rete - lettera b) comma 6 art. 40

1. Possono partecipare alla forma medicina in Rete i medici MMG, i PLS, i medici di continuità assistenziale e i medici addetti alla medicina dei servizi che svolgono anche l'attività di assistenza primaria di cui al capo II del DPR 270/00. Sono esclusi i medici di cui all'art. 25 comma 8 (medici penitenziari ex art. 6 comma 1 del DL 14/06/93 n. 187 convertito con modifiche nella legge 12.08.93 n. 296) e i medici che svolgono attività libero-professionale strutturata con impegno orario superiore alle 5 ore settimanali di cui all'art. 44.
2. L'ambito territoriale dell'associazione è rigorosamente distrettuale.
3. I medici si obbligano a gestire le schede sanitarie individuali su supporto informatico mediante software compatibili. Per compatibilità tra software si intende la possibilità di accedere per via telematica alle schede sanitarie individuali e di trasferire i dati dai software per la gestione delle cartelle cliniche su un data-base comune.
4. I componenti della forma associativa in rete autocertificano all'Azienda:
 - a. Requisiti strutturali: possesso PC e caratteristiche; modem; stampante; software di gestione della cartella clinica con licenza d'uso; sistema di collegamento tra PC ed eventuale licenza d'uso se posseduto come software; linea telefonica.
 - b. Requisiti operativi: collegamento ad Internet; possibilità di collegamento con CUP; VRQ; possibilità di trasmissione dei dati epidemiologici e/o prescrittivi.

Ai medici che si doteranno di strumenti diagnostici di base (Elettrocardiografo, ecografo, spirometro, spettrofotometro per analisi cliniche ecc.), anche mediante l'utilizzo di Telemedicina, sarà erogata una ulteriore indennità concordata a livello aziendale, nell'ambito di progettualità di qualificazione degli studi.

Il singolo medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri medici dell'associazione in caso di effettiva urgenza o in esecuzione di programmi assistenziali o servizi liberamente concordati ai sensi del comma 4 lettera b) e comunicati all'Azienda.

I - Medicina di gruppo - lettera c) comma 6 art. 40

1. Possono partecipare alla forma medicina in Associazione i medici MMG, i PLS, i medici di continuità assistenziale e i medici addetti alla medicina dei servizi che svolgono anche l'attività di assistenza primaria di cui al capo II del DPR 270/00. Sono esclusi i medici di cui all'art. 25 comma 8 (medici penitenziari ex art. 6 comma 1 del DL 14/06/93 n.187 convertito con modifiche nella legge 12.08.93 n. 296) e i medici che svolgono attività libero-professionale strutturata con impegno orario superiore alle 5 ore settimanali di cui all'art. 44.

L'ambito territoriale dell'associazione è rigorosamente corrispondente all'ambito di scelta.

Comunicano, altresì, se gli studi originari sono mantenuti in esistenza e gli orari che intendono adottare.

I medici si obbligano a gestire le schede sanitarie individuali su supporto informatico mediante lo stesso software e con collegamento in rete.

5. I componenti della forma associativa medicina di gruppo autocertificano all'Azienda:
 - a. Requisiti strutturali: possesso PC e caratteristiche; modem; stampante; software di gestione della cartella clinica con licenza d'uso; collegamento in rete dei vari supporti; linea telefonica.
 - b. Requisiti operativi: collegamento ad Internet; possibilità di collegamento con CUP; VRQ; possibilità di trasmissione dei dati epidemiologici e/o prescrittivi.
6. Ai medici che si doteranno di strumenti diagnostici di base (Elettrocardiografo, ecografo, spirometro, spettrofotometro per analisi cliniche ecc.), anche mediante l'utilizzo di Telemedicina, sarà erogata una ulteriore indennità concordata a livello aziendale, nell'ambito di progettualità di qualificazione degli studi.

L - Collaboratori di studio e personale infermieristico, ADP e PPIP

1. Nell'ambito delle forme associative è consentito l'utilizzo in comune da parte dei componenti nel rispetto della legislazione vigente e secondo accordi interni, di personale di segreteria e/o infermieristico. L'attribuzione delle indennità relative va confermato a tutti i medici operanti nelle associazioni a condizione che il collaboratore sia presente almeno 20 ore settimanali nel caso di tre medici, 25 ore settimanali nel caso di quattro medici, 30 ore settimanali se i medici sono di più. A sua volta l'infermiere dovrà essere disponibile per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore.
2. Per i medici costituiti in associazione ex art. 40 comma 6, il limite previsto dalla lettera C 1 comma 2 dell'art. 45 e dall'allegato G (accessi di ADP) è elevato dal 20% al 25%, calcolato non per singolo medico ma per associazione.
3. Per i medici costituiti in associazione ex art. 40 comma 6, il limite previsto dalla lettera C1 comma 1 dell'art. 45 e dall'allegato D (Prestazioni aggiuntive) è elevato al 20%, calcolato non per singolo medico ma per associazione.

M - Associazionismo medico di cui alla lettera b) comma 3 art. 40

1. La partecipazione alle forme di associazione di cui alla lettera b) comma 3 dell'art. 40 del DPR n. 270/00 è libera e volontaria.
2. Possono partecipare i medici di cui al comma 11 dell'art. 40 del DPR 270/00. La partecipazione può cessare in ogni momento.
3. Possono anche partecipare singolarmente i medici aderenti ad una delle forme di cui all'art. 40, comma 3, lett. a), fermo restando il divieto di percepire doppio compenso.
4. La sede legale dell'associazione deve essere unica.
5. Il livello territoriale dell'associazione coincide con il territorio della AUSL.

N - Compiti

1. Le associazioni di cui alla lettera b) comma 3 art. 40 possono fornire, a favore dei medici MMG aderenti, servizi e strutture per supportare l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal DPR n. 270/00 così come previsto dal comma 14 dell'art. 40.
2. Non possono fornire, in ogni caso, prestazioni sanitarie.

3. Le forme associative aderenti alle società di cui al comma 3 lett. b) si impegnano esplicitamente, nell'accordo che viene depositato presso l'Azienda e l'Ordine dei Medici, a riconoscere che la forma associativa non può assumere carattere di soggetto contrattuale nei confronti di progetti proposti a livello regionale e/o aziendale e/o distrettuale, pur in presenza di proposizioni progettuali della parte pubblica.

O - Comunicazioni

Per essere riconosciute, le associazioni di cui alla lettera b) comma 3 art. 40 devono:

- ispirarsi ai criteri generali previsti dal comma 11 e soddisfare le condizioni stabilite dal comma 8;
 - Inviare statuto ed atto costitutivo dell'associazione sia all'Azienda che all'Ordine dei Medici competente;
2. A fine di verificare l'adesione alle finalità sociali previste dallo statuto, il legale rappresentante della società o cooperativa dovrà:
 - Inviare annualmente sia all'Azienda che all'Ordine dei Medici competente dettagliata relazione del programma di attività che si intende svolgere a favore dei propri iscritti insieme a copia del bilancio preventivo;
 - identica comunicazione, con copia del bilancio consuntivo, dovrà essere prodotta per relazionare sulle attività.
 3. Al fine di verificare se MMG o PLS rappresentano permanentemente la maggioranza dei soci, ogni variazione del numero dei soci dovrà essere comunicato entro giorni 10 all'Azienda e all'Ordine dei Medici.
 4. Nel caso in cui i MMG o PLS non costituissero più la maggioranza dei soci, entro il termine di giorni 30, tale maggioranza deve essere ricostituita, a pena di decadenza dal riconoscimento da formalizzarsi con provvedimento del Direttore Generale.

P - Requisiti

I componenti della forma associativa autocertificano all'Azienda:

- requisiti strutturali: possesso PC e caratteristiche; modem; stampante; software di gestione della cartella clinica con licenza d'uso; sistema di collegamento tra PC ed eventuale licenza d'uso se posseduto come software; linea telefonica.
- requisiti operativi: collegamento ad Internet; possibilità di collegamento con CUP; VRQ; possibilità di trasmissione dei dati epidemiologici e/o prescrittivi.

Art.5 **PRESTAZIONI E ATTIVITA' AGGIUNTIVE** **(Ex ART.70 DPR 270/00)**

In attuazione del comma 1 dell'art. 70 D.P.R. 270/00 si prevedono le prestazioni aggiuntive per:

a. Processi assistenziali riguardanti patologie sociali

E' interesse primario della Regione favorire processi assistenziali riguardanti patologie di enorme impatto sociale mediante percorsi diagnostici e terapeutici che contemplano l'integrazione fra la Medicina Generale e i Centri Specialistici e/o Ospedalieri. Scopo principale dell'introduzione di tali percorsi è il miglioramento della qualità dell'assistenza ricevuta dal paziente, seguito dalla razionalizzazione e dall'uniformità delle prestazioni.

Scopo secondario, ma non meno importante, di questi processi assistenziali è la riduzione dell'emigrazione sanitaria che specie per le malattie cardiovascolari rappresentano il primo gruppo di diagnosi con il maggior impegno della Regione (20,516 miliardi nell'anno 1999). In questa fase, si possono individuare almeno due patologie di enorme impatto sociale quale il DIABETE MELLITO e l'IPERTENSIONE ARTERIOSA, sia perché sono patologie di notevole incidenza sia perché esistono già delle esperienze di gestione integrata del paziente diabetico ed iperteso fra MMG e Centro Specialistico Ospedaliero. Ai MMG che aderiscono ai progetti regionali di gestione integrata, così come predisposti nei documenti allegati a titolo esemplificativo (1 e 2), è riconosciuto, dalla data di pubblicazione del presente accordo, un compenso forfetario annuo rispettivamente di £ **120.000** e di £ **12.000** per ogni paziente diabetico e iperteso. Al fine del riconoscimento di tale compenso (corrisposto in quote mensili), il MMG, che aderisce ai progetti suddetti inoltra al Direttore di Distretto apposita comunicazione.

Processi assistenziali riguardanti altre patologie sociali quali in particolare: disagio mentale, bronchite cronica, asma e patologie oncologiche, potranno essere attivati in qualsiasi momento, in coerenza con la programmazione regionale e compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

b. Partecipazione a iniziative sanitarie nazionali o regionali:

- "PROGETTO CRONOS": la Regione Basilicata è stata una delle prime Regioni ad aderire al "Progetto Cronos". In tale progetto il MMG è impegnato in prima persona per la prima valutazione dei pazienti arruolabili con la somministrazione del Mini Mental Test. Pertanto dalla data di pubblicazione del presente accordo è riconosciuto per ogni Mini Mental Test eseguito per ogni paziente arruolato un compenso di £ **30.000**. Al fine della liquidazione di tali compensi si fa riferimento al punto 4 dell'allegato D del DPR 270/00.
- LEGGE SUI TRAPIANTI: La legge n. 91 del 1° Aprile 1999, che disciplina le modalità dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti, prevede che il MMG sia impegnato in prima persona nell'informazione ai cittadini sulle modalità per effettuare le dichiarazioni di volontà riguardo le donazioni da parte dei cittadini. Le Aziende dovranno, secondo un apposito decreto ministeriale, notificare agli assistiti di propria competenza la richiesta di dichiarare la propria libera volontà in merito alla donazione degli organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, a scopo di trapianto, secondo modalità tali da garantire l'effettiva conoscenza della richiesta da parte di ciascun assistito. Qualora le singole Aziende, data la capillare presenza sul territorio e il continuo contatto con l'assistito da parte del MMG, intendano affidare al MMG la raccolta e la trasmissione di tali dichiarazioni, sarà corrisposta la somma di £ **5.000**, per ogni dichiarazione raccolta e trasmessa.

c. Prestazioni aggiuntive

Oltre le prestazioni previste dall'allegato D del DPR vengono concordate le seguenti prestazioni aggiuntive da eseguirsi nello studio del MMG:

- A. Prestazioni che non necessitano di preventiva autorizzazione:
 1. Rimozione tappo di cerume (monolaterale): £ 13.900
 2. Medicazioni di ulcere cutanee o piaghe da decubito: £ 11.930
 3. Determinazione della glicemia e della glicosuria (nell'ambito dei programmi di gestione integrata del paziente diabetico): £ 10.000 (per i due esami).
 4. ECG (anche eventualmente con l'ausilio della Telemedicina): £ 30.000.
 5. Infiltrazioni intra e periarticolari: £ 17.500
 6. Rimozione di corpi estranei corneali: £ 15.000
- B. Prestazioni eseguibili con preventiva autorizzazione:
 1. Asportazione di neoformazioni cutanee: £ 50.000
 2. Prelievo oncocitologico PAP test: £ 5.000
 3. Bendaggio elastocompressivo: £ 25.000

Le modalità di pagamento dei compensi sono le stesse del punto 4 allegato D DPR 270/00.

Ai sensi del comma 2 del predetto art. 70 sono definite le seguenti priorità in merito a:

a. Iniziative di educazione sanitaria e promozione alla salute

Si prevedono le seguenti modalità:

1. Il MMG (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; - Rafforzare la tutela dei soggetti deboli; Per queste iniziative, a cui possono partecipare contemporanea ente più medici (anche di forme associative), viene corrisposto un compenso di £ **70.000** per ogni ora di partecipazione; la proposta e il programma educativo vengono preventivamente presentate al Direttore di Distretto (Allegato 5a) che ha facoltà di esprimere parere sfavorevole entro 15 giorni, in caso contrario si intende tacitamente accolta.
2. Il MMG mette a disposizione dei cittadini, nella sua sala d'attesa, dei sistemi informativi mediante ausili audio-visivi e/o di telecomunicazione, con temi così come al precedente comma. Il piano (Allegato 5b) viene proposto al Direttore di Distretto e l'azienda entro trenta giorni si pronuncia previo parere del comitato ex-art. 11 D.P.R. 270/00. Al MMG è previsto, dalla data di pubblicazione del presente accordo, un compenso forfetario annuo di £**2.200** per assistito.
3. In attuazione di specifici progetti aziendali il MMG può organizzare nei locali del Suo studio attività di educazione sanitaria e promozione alla salute, con obiettivi prioritari come al punto 1, rivolta a gruppi (almeno una decina) di suoi assistiti. Il MMG comunica (Allegato 6c) il piano educativo, con temi, modalità, partecipanti, collaboratori (anche altre figure professionali) al Direttore di Distretto. Il piano s'intende tacitamente approvato 15 giorni dopo la comunicazione ed in assenza di diniego da parte del Direttore del Distretto. Al MMG viene corrisposto un compenso complessivo di £ **50.000** per ogni ora d'attività espletata.

Le diverse indennità sono cumulabili.

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

I medici di assistenza primaria partecipano a progetti ed azioni programmatiche individuate dalla Regione in particolare contro i rischi oncologici, metabolici e cardiovascolari.

Le OO.SS. maggiormente rappresentative designano i MMG che debbano far parte, obbligatoriamente, degli organismi designati ai progetti stessi ed all'andamento e verifica degli stessi.

I Medici di Assistenza Primaria sono tenuti a:

1. Partecipare alla sessione di formazione specifica al progetto, sincronizzandola con la formazione obbligatoria.
2. Attenersi ai protocolli operativi stabiliti.
3. Fornire l'informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di rendere consapevole la decisione di aderire al progetto e contemporaneamente garantire l'accesso.
4. Selezionare dall'elenco dei loro assistiti le persone eleggibili al progetto.
5. Seguire i loro assistiti nelle fasi diagnostiche e terapeutiche, aderenti al progetto o screening, secondo i protocolli definiti dai programmi.
6. Ai MMG saranno fornite le liste degli assistiti non aderenti agli inviti ed i risultati relativi agli aderenti.

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

- £ 10.000 ad assistito per una percentuale di adesione del 50% degli eleggibili;
- - £ 20.000 ad assistito per la fascia di adesione dal 51 al 70% degli eleggibili;
- - £ 30.000 ad assistito per la fascia di adesione superiore al 71 %.

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

Ai sensi del comma 3 dell'art. 70 si stabilisce quanto segue:

Attività di ricerca epidemiologica.

Nell'ambito delle attività e progetti di ricerca elaborati dall'OeR è auspicabile il pieno coinvolgimento del MMG. Il compenso per il medico che aderisce a tali iniziative sarà oggetto di specifica trattativa.

Ai sensi del comma 4 dell'art. 70, per l'assolvimento dei compiti previsti da parte del MMG animatore di formazione (iscritto nell'apposito albo regionale) spettano i seguenti compensi:

- a. £ **100.000** per ogni ora d'impegno per la realizzazione delle sessioni relative alla formazione continua fino ad un massimo di 5 ore per sessione.
- b. Rimborso della sostituzione secondo i parametri previsti all'allegato C dell'ACN se il corso viene svolto in giorni diversi dal sabato.
- c. Rimborso delle spese di viaggio qualora il corso sia effettuato fuori dal proprio domicilio.
- d. Ai MMG chiamati dal CTS di cui al DPR 256/91 a svolgere i seminari previsti dallo stesso è riconosciuto un compenso forfetario orario di £ **100.000** (più eventuale IVA) per ogni singola sessione di 4 ore, comprensivo della sostituzione e delle spese di trasferimento:
- e. Ai MMG che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti di cui al DPR 256/91 è riconosciuta un'indennità mensile di £. **500.000**.

ART.6

ZONE DISAGIATE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE (EX ART. 76 DPR 270/00)

1. Considerate le caratteristiche orografiche della Regione Basilicata, numerose sono le zone di Assistenza Primaria che comportano obiettive condizioni di disagio e difficoltà nell'espletamento dell'attività convenzionale. In questa fase viene individuata come "zona disagiata" il Comune con una popolazione residente inferiore a 1.000 abitanti e come "zona disagiatissima" il Comune con una popolazione residente inferiore a 650 abitanti.

Per ovviare, in parte, alle evidenti condizioni di disagio derivante dall'isolamento sociale e culturale dei medici operanti in queste realtà territoriali, è riconosciuta una indennità forfetaria mensile di **£1.000.000** (un milione) per le zone disagiatissime e una indennità mensile di £ **500.000** (cinquecentomila) per le zone disagiate.

Tali indennità liquidate, a partire dalla data di pubblicazione del presente accordo, possono essere sommate alle eventuali indennità di associazione (ad eccezione della medicina di gruppo) e non spettano a quei medici che aprono uno studio o più studi professionali in zone diverse da quello d'iscrizione (pur facenti parte dello stesso ambito territoriale) o che abbiano una qualsiasi forma di autolimitazione del proprio massimale o che trasferiscono successivamente la propria residenza effettiva dal comune dichiarato zona disagiata.

4. Il medico che nel corso degli anni raggiunge un numero di scelte superiore a 650 e 1000 perde automaticamente il diritto a percepire tale indennità.

ART. 7
CONTRATTAZIONE AZIENDALE
(Ex ART. 75 DPR 270/00)

Oltre a quanto previsto dall'art. 76 del DPR 270/00, oggetto di contrattazione aziendale possono essere:

1. Assistenza domiciliare nelle residenze protette (ADR).
2. Forme sperimentali di assistenza residenziale e semiresidenziali.
3. Ulteriori indennità per la dotazione di strumenti diagnostici di base per le forme associative.
4. Sperimentazioni di telemedicina.
5. Equipages territoriali.
6. Programmi di attività e livelli di spesa programmati.
7. Progetti di educazione sanitaria.

A livello aziendale si potrà sperimentare l'istituzione di un fondo aziendale, derivante da eventuali economie nell'ambito di programmi di cui al punto 6, di incentivazione da ripartire tra i medici che assicurano appositi standard di ambulatorio, da definire in sede di contrattazione aziendale.

ART. 8
COMPENSI
(Ex ART. 45 DPR 270/00)

1. **MINORI DI 14 ANNI (A1.4 art. 45):** Dalla data di pubblicazione del presente accordo, per le scelte dei minori di età inferiore ai 14 anni, già in carico alla data del 02.10.2000, nei Comuni in cui non viene garantita l'attività ambulatoriale del Pediatra di Libera Scelta, è corrisposto un ulteriore compenso capitaro annuale di £ **35.000**.
2. **MEDICINA ASSOCIATA (B2 art. 45):** Per l'anno 2000 e fino alla data di pubblicazione dell'accordo integrativo vengono riconosciute a tutti i medici di assistenza primaria aventi diritto, i compensi forfettari previsti dalla Convenzione Nazionale per le varie forme di medicina associata.
3. **INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA (B3 art. 45):**
 - a. Dalla data di pubblicazione dell'ACN ai medici che assicurano la gestione della scheda sanitaria e la stampa prevalente delle ricette e delle prescrizioni è corrisposta una indennità forfetaria mensile di £ **150.000**. Le apparecchiature devono essere idonee a svolgere collegamenti con il CUP e l'elaborazione dei dati statistici.
 - b. Per i MMG in possesso di adeguato programma gestionale in grado di svolgere le seguenti attività:
 - la gestione delle cartelle sanitarie individuali;
 - la memorizzazione di tutte le prescrizioni ambulatoriali e domiciliari;
 - la stampa regolare di tutte le attività ambulatoriali;
 - la stampa della cartella clinica su richiesta dei pazienti interessati;
 - il monitoraggio della spesa farmaceutica, degli accertamenti e della riabilitazione per assistito;
 - la partecipazione a procedure di posta elettronica o altre procedure di comunicazione con le diverse strutture delle Aziende e della Regione;
 - la redazione di statistiche relative ai dati registrati della prescrizione farmaceutica, degli esami, su richiesta delle singole Aziende e della Regione;
 - l'elaborazione di statistiche di tipo epidemiologico, la compilazione di liste di pazienti per specifiche caratteristiche (età, sesso, fattori di rischio) da farsi su richiesta della regione e/o delle Aziende;spetta un compenso forfetario annuo aggiuntivo di £ **2.500** ad assistito.

La Regione fornirà ai medici, che ne faranno richiesta, il software applicativo.

- c. Per l'attivazione di un sistema integrato tra MMG, presidi delle Aziende al fine di un collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie anche a fini di ricerca epidemiologica e di management della spesa viene riconosciuto un compenso forfetario annuo ulteriore di **£2.500** per assistito. Il software applicativo di collegamento sarà fornito a cura della Regione.
- d. Al fine di incentivare l'informatizzazione degli studi medici è corrisposto l'importo di **£ 1.000.000** per l'acquisto di personal computer in favore dei medici che ottengono la convenzione e che attivano il sistema informatizzato entro un anno dal convenzionamento.

Per la corresponsione dell'indennità informatica il MMG dovrà presentare al Direttore di distretto apposita dichiarazione. Analoga dichiarazione dovrà effettuare il MMG che si informatizza (per quanto riguarda l'indennità informatica) o che si convenziona col SSR in data successiva alla pubblicazione del presente accordo integrativo (sia per l'indennità informatica che per il contributo per l'acquisto del computer).

4. **INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO MEDICO E DI PERSONALE INFERMIERISTICO (B4-5 ART. 45):**

Nell'intento di favorire da un lato una migliore qualificazione dello studio del MMG e dall'altro un aumento dell'occupazione, le percentuali massime di assistiti nell'ambito regionale previste come valore di riferimento per le indennità di cui al punto 134 e B5 a partire dal 01 /O 1 /2001 sono elevate rispettivamente al 30% e al 10%.

ART. 9 TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE (Ex ART. 3, comma 6 DPR 270/00)

Le percentuali indicate dalla norma finale n.5 per il conferimento degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale, relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti nella misura del 67% e del 33% a favore rispettivamente degli aspiranti di cui all'art.3 comma 6 lett. a) e lett. b), sono validi per gli incarichi rilevati nell'anno 2001, 2002 e 2003. A partire dall'anno 2004, in mancanza e fino al rinnovo dell'ACN, le percentuali per il conferimento degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale sono del 70% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.3 comma 6 lett. a), e del 30% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente di cui all'art.3 comma 6 lett. b).

ART. 10 FORMAZIONE CONTINUA (Ex ART. 8 DPR 270/00)

Considerato che le disposizioni del D.Lgs. 229/99 demandano specifiche competenze a provvedimenti nazionali e regionali non ancora adottati, nelle more, in materia di formazione continua ai sensi della norma transitoria n. 5 del D.P.R. 270/00, rimangono in vigore le disposizioni di cui all'art. **8 del D.P.R. 484/96**.

Il Comitato Regionale, ex art. 12 del D.P.R. 270/00, è preposto a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale, sentite le società professionali. Nella fase transitoria si avvale di una Commissione per la formazione composta da esperti in materie di formazione così indicati:

- n. 4 rappresentanti della Medicina Generale nominati congiuntamente dalle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale;
- n. 1 rappresentante dei pediatri di libera scelta nominato dalle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale;

- n. 1 rappresentante dell'Ordine Provinciale dei Medici di Potenza;
- n. 1 rappresentante dell'Ordine Provinciale dei Medici di Matera;
- n. 1 rappresentante per ciascuna Azienda Sanitaria;
- n. 2 rappresentanti del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale.

La Commissione è presieduta dal Dirigente dell'Ufficio Politiche della Formazione e della Qualità.

I componenti esperti non devono versare in alcuna situazione che può dare origine a conflitto di interessi.

La Commissione è istituita per adempiere ai compiti stabiliti dall'art. 8 comma 2 D.P.R. 484/96.

ART. 11 DIRITTI SINDACALI (Ex ART. 9 DPR 270/00)

Ai medici presenti nei Comitati e nelle Commissioni previsti dal presente accordo e dal D.P.R. 270/00 a decorrere dal 17.10.2000, spetta quale rimborso per le spese di sostituzione un compenso orario nella misura di £ **50.000** fino ad un importo massimo rinveniente dal calcolo di cui all'allegato C del DPR 270/00. Le singole Aziende rimborsano ai medici interessati sia le spese per le sostituzioni, sia le spese di viaggio dietro presentazione di adeguata documentazione a norma di legge.

ART. 12 OSSERVATORIO CONSULTIVO PERMANENTE (Ex ART. 13 DPR 270/00)

Il Comitato Regionale, oltre ai compiti previsti dall'art. 12 del DPR 270/00, assume anche il ruolo di osservatorio permanente su eventuali problemi che dovessero insorgere nella fase di applicazione del presente accordo e provvede al monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina generale.

ART. 13 ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO (Ex ART. 17 DPR 270/00)

Ogni singola Azienda stabilisce i criteri per la determinazione dei contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria.

Al fine di garantire la continuità delle prestazioni relative al comma 1 dell'art.17 D.P.R. 270/00 relativamente agli addetti della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria.

ART. 14
INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE
(Ex ART. 21 DPR 270/00)

A1 fine di favorire l'inserimento dei medici negli ambiti carenti, laddove l'Azienda abbia locali eventualmente disponibili e non altrimenti utilizzati, gli stessi possono essere dati ai medici che ne facciano specifica richiesta.

In caso di zone disagiate tali locali vengono forniti al medico in comodato d'uso gratuito, mentre restano a carico del medico le spese relative all'utilizzo della struttura (luce, gas, acqua, telefono etc.). In questi casi ai medici sulla voce "concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario" (lettera A3 della quota fissa capitaria) viene effettuata una decurtazione del 18%.

Nelle altre situazioni la determinazione dell'eventuale canone di locazione è riservata ad una trattativa privata fra medico e Azienda.

Il medico può trasferire la propria residenza in un altro comune rispetto a quello d'iscrizione, purché inserito nello stesso ambito territoriale, nel rispetto della procedura prevista dall'art. 21 D.P.R. 270/00.

ART. 15
SCELTA DEL MEDICO, REVOCA, REVOCHE D'UFFICIO
(Ex ARTT. 26, 27, 28 DPR 270/00)

Per migliorare la preliminare conoscenza del medico da scegliere, in ogni Azienda è consultabile una scheda informativa sui medici di assistenza primaria ivi iscritti. Ogni medico predispose un curriculum personale e professionale tale da permettere al cittadino una scelta maggiormente consapevole. La scheda informativa, inviata dal medico all'Azienda con l'autorizzazione alla diffusione dei dati e dei contenuti, contiene tutte le informazioni sulle modalità organizzative dello studio, sul possesso di eventuali titoli professionali e ogni altra informazione utile come da modello allegato.

Le Aziende reinseriranno d'ufficio i pazienti temporaneamente sospesi dagli elenchi degli assistiti del singolo medico anche in deroga al massimale individuale. Per i chiamati alle armi la reinscrizione decorre dal giorno successivo al congedo.

Ai sensi dell'art. 26 punto 4 del DPR 272/00, la revoca della scelta del pediatra di libera scelta, da operarsi d'ufficio alla data del compimento del quattordicesimo anno di età, è comunicata dall'Azienda di competenza, almeno un mese prima del compimento del 14 anno di età, per lettera alla famiglia dell'assistito al fine di permettere all'interessato di operare tempestivamente la nuova scelta.

Nei casi di cessazione del rapporto convenzionale per il raggiungimento dell'età pensionabile del singolo medico, l'Azienda di competenza invia ai pazienti, almeno quindici giorni prima della data di cessazione del rapporto, una lettera in cui da notizia del prossimo pensionamento del proprio medico di fiducia e contestualmente invita ad effettuare una nuova scelta medica.

ART. 16
RAPPORTI FRA IL MEDICO DI FAMIGLIA E L'OSPEDALE
(Ex ART. 35 DPR 270/00)

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

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera "S. Carlo", la commissione è costituita da due medici designati dalle OO.SS. maggiormente rappresentative, da due medici designati dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera, da un funzionario medico della Regione e da un medico designato dall'Ordine dei Medici della città Capoluogo.

ART. 17
ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO
(Ex Art. 36 DPR 270/00)

1. Per un maggior coinvolgimento dei MMG nelle problematiche relative alla corretta prescrizione di medicinali, nella Commissione Regionale di Controllo della spesa farmaceutica fa parte di diritto un MMG, designato dalle OO.SS maggiormente rappresentative.
 2. Così come previsto dal punto 6 dell'art. 36, l'erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici, pannoloni per incontinenti e di ogni altro ausilio viene proposta dal medico di Assistenza Primaria una sola volta all'anno. In caso di frazionamento mensile con relativa richiesta al MMG della proposta, viene corrisposta al medico, a partire dalla data di pubblicazione del presente accordo, la somma di £ 50.000 per ogni richiesta effettuata per singolo paziente. Vengono esclusi da questa prestazione gli articoli da medicazione. La modalità di liquidazione di queste competenze avviene secondo le procedure dell'allegato D del DPR 270/00.
 3. La Regione, anche con atti di indirizzo, rivolti alle strutture ospedaliere e ai poliambulatori pubblici convenzionati, ribadisce che la prescrizione farmaceutica in caso di urgenza, di necessità e di dimissioni ospedaliere in orari coperti dalla Continuità Assistenziale deve essere fatta dai medici della struttura ospedaliera o convenzionati interni.
1. La prescrizione farmaceutica e specialistica sul modulario del SSN oltre che ai cittadini che hanno esercitato preventivamente il diritto di scelta del MMG può essere effettuata per:
 - i pazienti degli altri medici in associazione;
 - per le visite occasionali di cittadini afferenti ad ambiti territoriali diversi da quello del medico;.

Le prestazioni aggiuntive eventualmente effettuate per i pazienti dei medici in associazione sono liquidate al medico che le ha effettuate.

ART. 18
RICHIESTE DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI
RICOVERO E CURE TERMALI
(Ex Art. 37 DPR 270/00)

Il medico specialista convenzionato interno e il medico dipendente devono formulare direttamente sul modulario del SSR le richieste di ulteriori prestazioni o indagini che ritengano opportuno al fine di meglio definire la risposta al quesito posto dal MMG.

E' compito della Regione favorire quanto sopra nell'ambito del processo d'integrazione tra medici di medicina generale e specialisti.

ART. 19
VISITE OCCASIONALI
(Ex Art. 43 DPR 270/00)

Le visite occasionali rese a cittadini lucani ultrasessantacinquenni residenti in AUSL diverse da quella del MMG vengono liquidate dall'Azienda d'iscrizione del Medico con le procedure previste dall'art. 43 comma 4, DPR 270/00.

ART. 20
ARTICOLAZIONE DEL SERVIZIO DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento del Servizio . di Continuità Assistenziale rimangono invariate rispetto a quanto indicato nelle tabelle allegate al precedente Accordo Regionale, stipulato ai sensi del D.P.R. 484/96 e recepito con D.G.R. 5515 del 1 Agosto 1997.

ART. 21
CRITERI GENERALI
(EX ART. 48 - D.P.R. 270/00)

1. Le attività di Continuità Assistenziale, garantite nel distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1 lettera a) del D.Lgs. 502/92 e succ. mod., sono assicurate prioritariamente da Medici convenzionati sulla base della disciplina di cui agli art. del Capo III dell'A.C.N., salvo quanto specificamente disposto dal presente Accordo regionale.
2. La Continuità Assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui agli art. 14 e 15 e secondo il disposto dell'art. 52 commi 11 e 12 dell'A.C.N. Per l'inserimento nelle attività distrettuali del Medico di Continuità Assistenziale è possibile programmare un incremento dell'impegno orario settimanale fino alla concorrenza del massimale orario di 38 h come previsto dall'A.C.N., finanziabile con i fondi di cui all'art. 14 - comma 3 del D.P.R. 270/2000 ed, in parte, con i fondi integrativi di cui all'art.9 del D.Lgs. 502/92.
3. Al fine di garantire ai cittadini l'assistenza sanitaria per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, il servizio di Continuità Assistenziale assicura le urgenze notturne, festive e prefestive con interventi domiciliari e territoriali dalle ore 8.00 del sabato (dalle ore 10.00 negli altri prefestivi) alle ore 8.00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali (possibile secondo quanto previsto dal comma 1 art. 50). Questo, anche in riferimento al disposto del comma 5 art. 33, dove si chiarisce che il Medico di Assistenza Primaria nelle giornate di sabato non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale; resta comunque fermo l'obbligo del Medico di Assistenza Primaria ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci del sabato.

ART. 22 **(EX ART. 50 - D.P.R. 270/00)**

Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un minimo di 12 ore ed un massimo di 24 ore settimanali, più un plus orario di 4 ore settimanali.

E' fatto salvo l'eventuale orario aggiuntivo, rispetto al limite massimale di 24 ore settimanali, derivante dall'anticipazione del servizio nei turni prefestivi, potendosi esso ritenere compatibile ai sensi del D.P.R. 270/2000.

Le 4 ore di plus orario non sono opzionali, ma un diritto del Medico che ne fa richiesta.

A tal fine, le Aziende utilizzano tali Medici nell'ambito delle attività distrettuali (o, in attesa della costituzione dei distretti, nell'ambito delle attività sanitarie dell'Azienda), come a titolo esemplificativo:

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

Pertanto, entro 45 giorni dalla richiesta del Medico, le Aziende, in base alle proprie esigenze individueranno gli ambiti di utilizzo dei sanitari disponibili; trascorso tale periodo, per i Medici richiedenti sarà, comunque, legittimato il diritto a compenso del plus orario. Si conviene, in applicazione del disposto dell'art. 8 dell'A.C.N., sull'obbligo per i Medici di Continuità Assistenziale di 40 ore annue di aggiornamento professionale che verranno retribuite secondo i normali compensi. Nell'attesa della effettiva operatività degli strumenti previsti, in materia di formazione, dal D.Lgs. 229/99, rimangono in vigore le disposizioni di cui all'art. 8 del D.P.R. 484/96.

ART. 23 **ASSENZE GIUSTIFICATE**

Fermo restando quanto previsto in materia di sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale dall'art. 5 dell'A.C.N., si conviene, in accordo con i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi, sull'opportunità di far conservare l'incarico al Medico, senza diritto a compenso, per assenze giustificate dovute a:

- a) gravi e documentati motivi di natura familiare, fino ad un massimo di 15 giorni; b) partecipazioni ad esami o concorsi, fino ad un massimo di 10 giorni; c) matrimonio, fino ad un massimo di 15 giorni;
- d) documentati motivi di lavoro e di studio. Il periodo di sospensione non può superare gli otto mesi complessivi nell'arco di diciotto mesi.

ART. 24
COMPITI DEL MEDICO
(EX ART. 52 - D.P.R. 270/00)

1. Al Medico che assicura il servizio di Continuità Assistenziale, nel caso venga impegnato, per interventi domiciliari e/o territoriali urgenti, oltre la fine del proprio turno, spettano i normali compensi rapportati al prolungamento del servizio. L'applicazione di tale norma è sottoposta a monitoraggio da parte del Comitato ex art. 12 D.P.R. 270/2000.
2. Considerati i turni di servizio effettuati (di 12 h e di 23 h) si conviene sul diritto del Medico di C.A di una pausa pranzo di 30 m', durante i quali lo stesso, con mezzi opportuni (trasferimento di chiamata, messaggio in segreteria telefonica, etc), assicurerà la sua continua ed immediata reperibilità.
3. Il Medico di Continuità Assistenziale, su disposizione della Centrale Operativa del 118, potrà, eccezionalmente, essere utilizzato a bordo di ambulanze: per tali compiti il Medico dovrà godere di adeguata copertura assicurativa (Responsabilità Civile), così come verrà stabilito in sede di contrattazione decentrata per l'Emergenza Sanitaria Territoriale.
4. Per ciascun punto di Continuità Assistenziale, l'Azienda individua, in base alla disponibilità ed alle attitudini dei singoli sanitari e fatte salve le posizioni già in essere, un Medico Referente con funzioni di coordinatore del presidio. Il Medico Referente ha il compito di relazionare con l'Azienda: provvede alla compilazione (sentiti i Medici interessati) ed alla trasmissione dei turni, alla richiesta di farmaci e/o strumentario tecnico-logistico necessario per l'espletamento del servizio, alla tenuta dei registri di carico e scarico dei farmaci.
5. In caso di cambi turno tra sanitari dello stesso presidio, gli stessi sono tenuti a darne comunicazione al Medico Referente, il quale, in maniera puntuale, alla fine di ogni mese, provvederà a trasmettere all'Azienda nota specifica riassuntiva di tutte le variazioni eventualmente avvenute nella turnazione.
6. Per i compiti di cui ai punti 4 e 5 del presente articolo, verrà corrisposto al Medico Referente un compenso mensile di £ **300.000**
7. Il medico in servizio di Continuità Assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato D ed a quanto previsto per i Medici di Assistenza Primaria [punti A3 e A6 - lett. d) art. 5]. Tali prestazioni sono retribuite, per intero, aggiuntivamente rispetto al compenso orario spettante.

ART. 25
COMPETENZE DELLE AZIENDE
(EX ART. 53 - D.P.R. 270/00)

1. E' obbligo delle Aziende fornire i punti di Continuità Assistenziale dei farmaci, della modulistica (INAIL - Referti Autorità Giudiziaria - INPS - Schede Notifica Malattie Infettive) e del materiale di pronto soccorso necessari alla effettuazione degli interventi di urgenza richiesti. Si allega al presente Accordo un protocollo minimale in termini di attrezzature e materiale vario di cui deve essere dotato ogni presidio e che le Aziende sono tenute a rispettare.
2. Le Aziende garantiscono, altresì, che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta ed il riposo dei Medici, con adeguate misure di sicurezza (videocitofono, telefono con libera chiamata all'esterno e con contascatti e con trasferimento di chiamata su telefonino aziendale, collegamenti diretti con forze dell'ordine e/o Guardie Giurate), nonché di servizi igienici standards.
3. In linea con la politica di informatizzazione sostenuta dalla Regione Basilicata, e facendo riferimento ai fondi ad essa destinati, è auspicabile che ciascun presidio di C.A. sia dotato di supporto informatico in linea.

ART. 26
RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA
(EX ART. 54 - D.P.R. 270/00)

E' auspicabile, nel pieno rispetto dei singoli ruoli, la definizione di linee guida comportamentali sulla base dei quali stabilire un rapporto di interscambio alla pari tra Medico di Continuità Assistenziale e Medico di Assistenza Primaria (comunicazione dettagliata degli interventi, aggiornamento di cartelle cliniche etc.), in modo da assicurare una continuità di assistenza ai pazienti professionalmente qualificata.

ART. 27
ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITA'
(EX ART. 56 - D.P.R. 270/00)

L'azienda organizza mensilmente turni di reperibilità domiciliare, secondo il disposto del medesimo articolo dell'A.C.N.

ART. 28
PRONTA DISPONIBILITA'

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

ART. 29
TRATTAMENTO ECONOMICO
(EX ART. 57 - D.P.R. 270/00)

1. Ad integrazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. dell'A.C.N., spettano al Medico di Continuità Assistenziale i seguenti compensi:
 - £ **3.000** (?) ad ora quale indennità per i rischi derivanti dalla peculiarità del servizio svolto, con riserva di verifica dopo l'attivazione di adeguate misure di sicurezza da parte delle aziende;
 - £ **50.000** a prestazione, qualora venga eccezionalmente utilizzato, su disposizione della centrale operativa del 118, per assistenza a bordo di ambulanze durante il proprio turno di servizio;
 - £ **36.600** per ogni accesso per le cure prestate a pazienti inseriti in **A.D.I.**;
 - £ **20.000** per ogni turno di reperibilità.
2. Il Medico di C.A. partecipa alle attività previste dagli Accordi Regionale e Aziendali. Per queste attività sono previste quote variabili aggiuntive di compenso analogamente agli altri medici di Medicina Generale che partecipano a tali attività.
3. Spetta, inoltre, al Medico di C.A., ove sia fornito di supporto informatico, un'indennità informatica, il cui ammontare sarà oggetto di contrattazione aziendale.

ART. 30
ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI
INCARICHI
(EX ART. 58 - D.P.R. 270/00)

1. L'Azienda assicura i Medici di C.A. contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale, secondo i massimali stabiliti dal medesimo articolo dell'A.C.N. e comprendente i danni subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per giungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dall'A.C.N.
2. Le relative polizze sono stipulate, sentito il parere dei sindacati firmatari del presente Accordo.

NORMA FINALE n. 1: Il presente accordo integrativo regionale produce effetti giuridici ed economici sino alla data della stipulazione del nuovo accordo regionale.

NORMA FINALE n. 2: La Regione e le AUSL predispongono entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo le elezioni dei rappresentanti della medicina generale negli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, secondo le procedure dell'allegato O del DPR 270/00.

NORMA FINALE n. 3: La Regione e le Aziende assumono l'impegno affinché le indennità spettanti ai MMG siano adeguate entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1 : Le OO.SS. raccomandano che le singole Aziende attivino i programmi di vaccinazioni coinvolgendo obbligatoriamente i MMG.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2 : Le parti concordano che i compensi vengono corrisposti dall'Azienda direttamente al Medico di Medicina Generale secondo la modalità di pagamento scelta dal Sanitario ed al netto delle spese bancarie.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 3 : Lo S.N.A.M.I. ribadisce, come del resto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, il concetto che le zone carenti devono essere determinate tenendo conto di tutta la popolazione residente all'interno dello stesso ambito e non estrapolandone quella di un solo comune, presunto carente.



R E G I O N E B A S I L I C A T A

Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale
Ufficio Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale

*Gli allegati al presente accordo hanno
valore meramente esplicativo e perseguono
finalità di uniforme applicazione, peraltro
non vincolante, degli istituti contrattuali fra
tutte le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. della
Regione.*