

Integrazione
dell'Accordo della Regione Basilicata

per la Medicina Generale

(D.G.R. n°1640 del 24.07.2001)

1. Premessa:

La Regione Basilicata intende promuovere un potenziamento delle cure primarie a difesa del Sistema Sanitario Nazionale rafforzando il rapporto di fiducia tra il cittadino ed il Suo medico di famiglia con una maggiore disponibilità da parte di quest'ultimo all'ascolto delle esigenze di salute da parte dei cittadini-utenti.

Nel nostro Servizio Sanitario Regionale non è più rinviabile il riequilibrio a livello di risorse tra il macrolivello ospedaliero e quello territoriale con un precisa scelta politica di un maggiore investimento sulla medicina territoriale, sicuramente carente in alcuni elementi strutturali fondamentali come la rete d'emergenza, l'organizzazione distrettuale, l'assistenza domiciliare, l'ammodernamento tecnologico degli studi medici, ecc. In quest'ottica occorre un'accelerazione degli interventi in modo da agire contestualmente alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera col potenziamento di quella territoriale.

Un'attenta analisi dell'Accordo Integrativo Regionale della Basilicata, dopo 24 mesi dalla sua pubblicazione con le sue difficoltà di applicazione riscontrate a livello aziendale, ha mostrato come a fronte di un notevole carico innovativo a livello progettuale e normativo vi sia stato un riscontro attuativo piuttosto limitato.

Considerando poi che l'ACN 270 è scaduto il 31/12/2000, alla luce del nuovo ruolo di autonomia decisionale che hanno le Regioni nell'ambito della politica sanitaria, valutando anche le notevoli incertezze sul futuro della Convenzione Nazionale, è sembrato utile e necessario rivedere l'impianto dell'Accordo Regionale Integrativo della Basilicata al fine di apportare le opportune modifiche migliorative affinché, anche attraverso una gratificazione del Suo ruolo, il MMG si veda impegnato a:

- a) fornire la più ampia collaborazione nella fase di attuazione dei provvedimenti regionali adottati ai sensi della legge 405/2002;**
- b) assicurare l'appropriatezza nell'uso delle risorse specie di quella farmaceutica;**
- c) operare secondo i principi di efficacia ed appropriatezza in merito all'accesso al Pronto Soccorso ed al Ricovero Ospedaliero.**

Nella fase di applicazione e gestione dell'Accordo Regionale Integrativo (ARI) sono emersi dei problemi interpretativi che in questo nuovo elaborato sono stati chiariti esplicitamente. Con l'ultimo ARI si è voluto creare uno strumento flessibile e pratico in risposta alle continue normative che investono la Sanità Nazionale e Regionale con cospicui investimenti sull'associazionismo medico, sull'organizzazione del lavoro, sull'integrazione professionale e sul confronto tra pari; con l'Accordo Regionale del 02-08-2001 e con le innovazioni introdotte in questa integrazione-revisione, siamo sicuri di raggiungere a medio termine quell'obiettivo finale di continuità dell'assistenza integrata, per realizzare una vera **rete territoriale** di risposta ai bisogni dei cittadini.

Nell'ambito dell'utilizzo razionale delle risorse del sistema costituisce impegno delle OO.SS. la condivisione dell'obiettivo di mantenere un livello di spesa compatibile con le risorse migliorando il rapporto costi/efficacia del sistema sanitario attraverso la piena collaborazione all'attuazione delle procedure correlate alla:

- razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- rimodulazione della continuità assistenziale con l'attivazione del servizio d'emergenza.

Il raggiungimento dei predetti obiettivi costituisce condizione per il mantenimento dell'efficacia degli istituti giuridici ed economici del presente accordo integrativo. A tal riguardo le parti si impegnano a verifiche trimestrali per il rispetto degli impegni assunti.

CAPO II

L'Assistenza Primaria

Art. 1 (AIR/01) – Forme associative dell'assistenza primaria

La medicina in associazione (art. 40 -lettera a – comma 6 DPR 270) e la medicina in rete (art. 40 – lettera b – comma 6) hanno colto in pieno la ratio ispiratrice sia del DPR 270 che della DGR 1640/01.

La medicina di gruppo (art. 40 –lettera c – comma 6), la forma di associazionismo medico che indubbiamente meglio garantisce l'obiettivo di un reale miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza territoriale, è sorta soltanto in alcune realtà e pertanto in questa fase va incentivata e vanno risolte le condizioni che ne ostacolano la realizzazione.

Pertanto si è ritenuto apportare le seguenti modifiche ed integrazioni:

- 1) Possono far parte delle forme associative oltre che i MMG ed i PLS anche i medici di continuità assistenziale che svolgono l'attività di assistenza primaria. I medici che svolgono soltanto il servizio di continuità assistenziale possono entrare nella medicina associativa con la costituzione di *Equipes Territoriali*: l'atto costitutivo sarà preventivamente approvato dal Comitato Aziendale, che stabilirà preventivamente il compenso orario per il medico della continuità assistenziale.
- 2) A partire dalla data di pubblicazione della presente integrazione, il compenso previsto per i medici aderenti alla medicina di gruppo sarà di €7,20 annuo per assistito fino al massimale o quota individuale del medico. Requisiti indispensabili e qualificanti della medicina di gruppo sono:
 - a) la dotazione di un software comune di gestione della cartella clinica in rete;
 - b) la dotazione di apparecchiature diagnostiche di base (ad esempio Elettrocardiografo, Spirometro, Audiometro, spettrometro per analisi cliniche, ecc.);
 - c) la presenza di personale di studio;
 - d) l'apertura dello studio, con la presenza in turnazione dei medici, il sabato dalle ore 8 alle ore 10.

Le medicine di gruppo già costituite hanno 60 giorni di tempo per adeguare il loro standard organizzativo; il compenso sarà corrisposto a partire dalla data di comunicazione al Distretto o ASL.

- 3) In caso di nuove forme di medicina assistenziale territoriale (Team delle cure primarie, medicina di gruppo distrettuale, ecc.) il compenso per il medico di assistenza primaria sarà concordato tra Azienda ed OO.SS maggiormente rappresentative a livello regionale.

Art. 5 (AIR/01) - Prestazioni ed attività aggiuntive

Comma 1

a) **processi riguardanti patologie sociali:** la Regione Basilicata ha tra i Suoi interessi primari l'adozione di linee guida condivise e concordate per patologie di particolare rilevanza. E' auspicabile che oltre ai progetti "Diabete Mellito" ed "Ipertensione arteriosa" a livello Aziendale vengano definiti ed avviati processi assistenziali riguardanti altre patologie sociali, come:

- malattie broncopolmonari;
- malattie cardiovascolari;
- malattie gastrointestinali;
- malattie osteoarticolari;
- malattie psichiatriche.

c) **prestazioni aggiuntive:** il potenziamento della medicina territoriale non può prescindere dalla tecnicizzazione degli studi medici dei MMG; la possibilità da parte dei MMG di potere disporre di nuove strumentazioni qualifica la loro professionalità ed aiuta a razionalizzare l'assistenza, sia riducendo le liste d'attesa che migliorandone l'appropriatezza.

Oltre le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera c, art. 5 del DGR 1640/01, vengono concordate le seguenti ulteriori prestazioni aggiuntive da eseguirsi presso lo studio del MMG, senza preventiva autorizzazione e con il seguente rimborso e con modalità di pagamento identiche a quanto previste dal punto 4 del DPR 270/00:

1) Esecuzione nei casi clinici dubbi del test rapido per la rilevazione dello streptococco pyogenes in faringe	€ 10,33
2) Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri	€ 5,16
3) Esecuzione di spirometria semplice in soggetti affetti da patologie broncopolmonari croniche	€ 20,66
4) Esecuzione di impedenziometria	€ 10,33
5) Esecuzione di audiometria tonale	€ 10,33
6) Glicemia (in pazienti non inseriti nel progetto Diabete Mellito)	€ 2,59
7) Glicosuria (in pazienti non inseriti nel progetto Diabete Mellito)	€ 2,59
8) Visite ambulatoriali di pazienti 0-6 anni iscritti al pediatra	€ 15,49
9) Visite domiciliari di pazienti 0-6 anni iscritti al pediatra	€ 25,82

- Le prestazioni ai punti 7 e 8 devono essere ritenute a carico del paziente se eseguiti nei Comuni in cui è garantita l'attività ambulatoriale del PLS. Negli altri comuni compresi nell'ambito di scelta l'onere anticipato dall'utente potrà essere rimborsato dall'AUSL previa esibizione di idonea documentazione. E' a cura dell'Azienda l'effettuazione di accertamenti in merito per evitare la ripetitività delle prestazioni e valutare l'adozione di opportune azioni correttive con il coinvolgimento dei sanitari interessati.
- Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, e 3 possono essere eseguibili anche dai Medici della Continuità Assistenziale.

Le prestazioni aggiuntive previste alla lettera c, art. 5 del DGR 1640/01 non necessitano di preventiva autorizzazione per l'inutile carico burocratico per il paziente ed il medico.

Comma 3:

a) attività di ricerca epidemiologica: l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OeR) è una realtà oramai ben consolidata e il pieno coinvolgimento dei MMG nelle attività di ricerca dell'OeR è un obiettivo da raggiungere a breve termine. Ribadendo il principio che la partecipazione del Medico di Assistenza Primaria ai progetti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale è un aspetto qualificante dell'attività della Medicina Generale, ai MMG che hanno partecipato all'intero complesso delle attività epidemiologiche e di verifica della qualità stabilite dall'OeR dalla data di pubblicazione della presente Integrazione, viene corrisposto un compenso annuo forfetario di € 1,25 ad assistito in carico.

L'OeR entro il 31/12 di ogni anno comunica alle singole Aziende i nominativi dei medici che hanno partecipato alle attività previste nel corso dell'anno. I compensi verranno liquidati entro il 31 marzo dell'anno successivo.

L'eventuale coinvolgimento dei medici di Continuità Assistenziale e il relativo compenso saranno concordati fra le OO.SS. firmatarie del presente Accordo e l'OeR.

Art. 6 (AIR/01) – Zone disagiate di attività professionale

Nella Regione Basilicata è sempre più evidente il progressivo decremento della popolazione residente, soprattutto dei piccoli paesi, ciò potrebbe rilevarsi un forte elemento di perturbazione nell'assistenza sanitaria territoriale. Pertanto nell'intento di garantire la residenza reale di un MMG in ogni piccolo Comune, oltre alle zone disagiate e disagiatissime individuate dal DGR 1640/01, viene indicato questo ulteriore criterio per determinare una zona disagiata:

- * Un tasso di crescita totale superiore a meno 15°/00
(tasso di crescita totale = popolazione residente all'1 gennaio – popolazione residente al 31 dicembre / popolazione residente al 1 gennaio x 1000)

Ai MMG convenzionati nei Comuni con la condizione precedente spetta un compenso di €2,00 annue per assistito in carico da erogare in un'unica soluzione. Questo criterio si somma a quelli già individuati dal DGR 1640/01.

Le aziende entro il 30 giugno di ciascun anno liquidano le competenze relative all'anno precedente. Tale indennità decorre dalla data di pubblicazione del presente accordo.

Art. 8 (AIR/01) – Compensi

A quanto previsto dal DGR 1640/01, il punto 4 viene completamente sostituito da quello in seguito riportato (punto 1).

1. **Indennità di collaboratore di studio medico e di personale infermieristico:** nell'intento di favorire una migliore qualificazione dello studio del MMG ed anche favorire nuove opportunità occupazionali, le percentuali massime di assistiti nell'ambito regionale previste come valore di riferimento per le indennità di cui ai punti B4 e B5 dell'art.45 del DPR 270/00 sono elevate rispettivamente al 35% e 15%.

Art. 10 (AIR/01) – Formazione continua

Nelle more dell'attivazione del Sistema Regionale di Educazione Continua e nel rispetto delle prime linee di indirizzo regionali alle Aziende Sanitarie sulla formazione continua, le parti convengono quanto segue:

- a) Il Comitato Regionale (art. 12 D.P.R. 270/00) viene temporaneamente individuato come l'organismo regionale referente per la formazione continua del medico di medicina generale, con compiti di:
 - Rilevazione dei fabbisogni formativi professionali del medico di medicina generale;
 - Proposta di azioni formative coerenti con i fabbisogni rilevati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale e con le indicazioni contenute nei documenti di programmazione regionale;
- b) Il comitato regionale, nella sua funzione di organismo regionale referente per la E.C.M., è presieduto dall'Assessore alla Sicurezza e Solidarietà Sociale o dal Dirigente dell'Ufficio politiche della Formazione e della Qualità, che assume il ruolo di Presidente del Comitato.
Partecipano, di diritto, ai lavori i Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri o loro delegati con specifica esperienza nel campo della formazione e comprovata assenza di conflitto di interesse;
- c) Le azioni formative in E.C.M., proposte dal Comitato e concordate con le Aziende sanitarie competenti, dovranno essere ricomprese nel Piano annuale di formazione aziendale nella misura atta a garantire l'acquisizione dei crediti almeno pari al debito formativo previsto nella C.M. 5.3.2002 e secondo le modalità contenute nella D.G.R. n.215 del 17.2.2003 "Prime linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in materia di E.C.M."
- d) in ottemperanza all'accordo Stato/Regioni del 13.3.2003 ed in riferimento alle "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in materia di E.C.M." le singole Aziende dovranno prevedere, per le azioni formative in E.C.M. destinate ai medici di medicina generale del S.S.R., un limite di finanziamento non inferiore alla media di spesa per tutte le attività di formazione realizzatesi per i medesimi professionisti nel triennio 2000/2002 e comunque tale da garantire l'attuazione di quanto previsto al precedente punto C.

Art.15 (AIR/01) - Scelta del medico, revoca, revoche d'ufficio

Ai punti dell'articolo in esame del DGR 1640/01, vengono aggiunte le seguenti disposizioni:

- a) La scelta in favore di un medico inserito in un elenco di un ambito territoriale diverso, può essere effettuata, nell'osservanza del comma 9 dell'art. 26 del DPR 270/00, oltre per le condizioni previste dal comma 4 del medesimo articolo, anche per il ricongiungimento del nucleo familiare, previo parere favorevole del Comitato Aziendale.
- b) In caso di trasferimento di residenza dell'assistito nella stessa Azienda viene effettuata la cancellazione d'ufficio, fatta salva diversa espressa volontà dell'assistito.
- c) In caso di revoca della scelta operata da parte dell'assistito residente nell'ambito d'iscrizione del medico o di ricasazione da parte del medico stesso, quest'ultimo, fermo restando il rispetto delle disposizioni che tutelano la riservatezza delle informazioni professionali, è auspicabile che trasferisca al nuovo medico la scheda individuale di cui al comma 2/c dell'art. 31 del DPR 270/00 o a redigere un riassunto della stessa dal quale possano essere ricavati i fattori di rischio, i problemi, la terapia in atto ed ogni altra informazione di carattere sanitario ritenuta necessaria per la cura del paziente.

Art. 18 (AIR/01) - Richieste d'indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure termali

A quanto già concordato in quest'articolo, si aggiunge il seguente punto:

- a) Le richieste d'indagini o visite specialistiche, la proposta di ricovero e di cure termali hanno validità di 30 giorni. Esse dovranno essere ritenute valide oltre il termine indicato nel caso in cui la prestazione prenotata dal soggetto interessato entro tale data, di fatto viene eseguita in data successiva.

Art. 19 (AIR/01) - Visite occasionali

A quanto già concordato in quest'articolo, si aggiunge il seguente punto:

- a) Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei militari di leva e dei detenuti temporaneamente sospesi dagli elenchi ai sensi dell'art. 28 comma 1 DPR 270/00, sono attribuiti gli stessi compensi previsti per le visite occasionali. La procedura di liquidazione è quella prevista dall'art. 43 comma 4 del DPR 270/00.
- b) L'assistenza di medicina generale per i soggetti che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 35, comma 4, del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", è erogata mediante il pagamento delle tariffe per le visite occasionali.

ARTICOLI AGGIUNTI ALL'AIR/01

Art. 31 - Rapporto ottimale

I Medici di Assistenza Primaria della Regione Basilicata hanno un carico assistenziale medio il più basso d'Italia e in considerazione del costante decremento regionale della popolazione assistibile si deve operare affinché non si creino carenze fittizie. Pertanto in osservanza dell'art.19 DPR del 270/00 si è convenuto:

- a) E' ribadita la precedente determinazione regionale che l'assistenza primaria è organizzata per ambiti comunali per la scelta dei medici.
- b) Nel caso in cui in un ambito comprendente più comuni e con medici in eccedenza si crei una carenza, la stessa non può essere automaticamente determinata se non dopo che sarà riassorbita l'eccedenza. Quanto si afferma non è valido per i Comuni al di sotto dei mille residenti, dove deve essere sempre assicurata l'iscrizione di un MMG. Sarà cura dell'Azienda porre in essere azioni atte a garantire l'assistenza nelle zone in cui dovrebbe scattare la carenza.

Art. 32 - Attività integrative di assistenza

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

1. Il MMG s'impegna a garantire una disponibilità telefonica di dodici ore giornaliere comprensive degli orari di studio, dal lunedì al venerdì.
2. Chiusura di uno degli studi medici (se in forma associata) o dello studio (se in forma singola) non prima delle ore 19 dei giorni feriali escluso il sabato ed i prefestivi.
3. Apertura o disponibilità telefonica dalle ore 8 alle ore 10 il sabato mattina di uno studio o di un medico se in forma associata o dello studio o del medico se in forma singola.
4. I medici identificano nell'ambito della loro forma associativa idonee modalità per dare adeguate risposte assistenziali ai propri pazienti per l'erogazione dell'attività integrativa di assistenza relativamente all'apertura dello studio medico o alla disponibilità telefonica il sabato mattina.
5. L'adesione dei medici, operanti sia singolarmente che in forme associative, è facoltativa e deve essere comunicata entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente integrazione al proprio Direttore di Distretto con le indicazioni delle modalità di partecipazione (numeri telefonici – studio medico, cellulare, abitazione, ecc. -) anche per consentire gli opportuni controlli da parte dell'Azienda.
6. In caso di sostituzione di un medico aderente a questa attività, il sostituto accetterà implicitamente la disponibilità telefonica.
7. La disponibilità telefonica deve intendersi erogata in maniera diretta e non attraverso apparecchi di segreteria telefonica.
8. Il medico potrà sempre recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni al Direttore del Distretto.
9. Ai medici che aderiscono in forma associata o singola alla seguente forma di attività integrativa d'assistenza, viene erogata una quota di €7,75 annue a paziente, mensilmente in dodicesimi. L'indennità decorre a partire dal giorno della comunicazione dell'attivazione.
10. A livello aziendale devono essere concordate adeguate forme d'informazione all'utenza e di pubblicazione della forma di assistenza aggiuntiva.
11. I medici che aderiscono al progetto dovranno mettere in atto adeguate procedure di informazione ai propri assistiti, dandone contestuale comunicazione di adesione trasmessa all'Azienda.
12. Le Aziende verificheranno, mediante opportune procedure, i risultati della sperimentazione. In caso di inadempienze dei Medici di Assistenza Primaria che aderiscono a questa attività aggiuntiva d'assistenza saranno attivate le procedure previste dall'art. 16 del DPR 270/00.

Il progetto "Pronta disponibilità telefonica diurna" ha carattere sperimentale, dura un anno dalla data di pubblicazione del presente accordo ed è rinnovabile sotto condizione risolutiva dell'avvenuta verifica in sede di Osservatorio Permanente dei risultati ottenuti entro 15 giorni dalla scadenza.

Art. 32 bis - Attività integrativa d'assistenza per le Medicine di Gruppo

La Medicina di Gruppo (DPR 270/00, art. 40 –lettera c – comma 6) è la forma di associazionismo medico che indubbiamente meglio garantisce l'obiettivo di un reale miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza.

1. I medici del gruppo che intendono espletare quest'attività integrativa s'impegnano a garantire la copertura assistenziale diurna dalle ore 8 alle ore 20 con una turnazione interna

tale da garantire la costante presenza di almeno un medico nella struttura per 5 giorni a settimana, più il sabato dalle ore 8 alle 10.

2. L'adesione è facoltativa e deve essere comunicata dal responsabile medico del gruppo e deve obbligatoriamente essere sottoscritta da tutti i MMG aderenti al gruppo e comunicata entro 120 giorni dalla data di pubblicazione della presente integrazione al proprio Direttore di Distretto. Per le Medicine di Gruppo costituite dopo i 90 giorni, eventuali adesioni dovranno essere concordate con il Direttore del Distretto.
3. I medici del gruppo possono recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni al Direttore del Distretto.
4. Ad ogni singolo medico del gruppo che aderisce a questa forma di assistenza integrativa, è corrisposta una quota di €11,00 annue a paziente in carico, mensilmente in dodicesimi. La disponibilità telefonica come al precedente articolo e la pronta disponibilità diurna non sono cumulabili. L'indennità decorre a partire dal giorno della comunicazione dell'attivazione.
5. A livello aziendale debbono essere concordate adeguate forme d'informazione all'utenza e di pubblicazione della forma di assistenza aggiuntiva.
6. I medici che aderiscono al progetto dovranno mettere in atto adeguate procedure di informazione ai propri assistiti, dandone contestuale comunicazione di adesione trasmessa all'Azienda.

Art. 33 - Osservatorio Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie

Al fine di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse (art. 14 e 15 bis DPR 270/00), è istituito entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, un Osservatorio Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Detto Osservatorio è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità e Solidarietà Sociale o Suo delegato ed è composto da:

- un rappresentante per ciascuna Azienda Territoriale ed Ospedaliera;
- Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica Obiettivi del Dipartimento della Sicurezza Sociale;
- Dirigente dell'ufficio delle Politiche del Farmaco del Dipartimento della Sicurezza Sociale;
- 3 MMG (delegati dal Comitato Regionale);
- Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del capoluogo;
- Eventuali esperti che l'Osservatorio riterrà opportuno.

Compiti dell'Osservatorio sono:

- Fornire indirizzi generali relativi all'individuazione di strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali;
- Elaborare linee guida per assicurare l'appropriatezza delle risorse messe a disposizione delle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali d'assistenza.

Art. 34 - Campagne vaccinali antinfluenzale

L'intervento del MMG consiste nella sensibilizzazione degli assistiti che si sottopongono alla vaccinazione o nello studio del MMG o negli ambulatori distrettuali. Si ritiene giusto ed opportuno valorizzare l'intervento globale del curante in quanto l'azione più rilevante è quella della motivazione e del sostegno della pratica vaccinale.

Si stabilisce che entro il 30 giugno di ogni anno, le Aziende sentano obbligatoriamente le OO.SS. maggiormente rappresentative per stabilire le modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.

Art. 35 - Programmi di attività e livelli di spesa programmati

I livelli di spesa programmati sono obiettivi economici di riferimento finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza dell'uso delle risorse basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato aziendale permanente (ex art. 11 DPR 270/00).

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

CAPO III

La continuità assistenziale

Premessa

Fermo restante quanto previsto per la Continuità Assistenziale nella D.G.R. N° 1640 del 24 luglio 2001, il presente accordo diventa parte rilevante, sostanziale ed integrante del predetto accordo.

Art. 27 (AIR/01) - ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITA' (Ex Art.56 – DPR 270/00)

Il numero dei medici in reperibilità utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile ogni due presidi di guardia attiva nel turno corrispondente. Nelle more dell'attivazione del servizio di reperibilità, per le sostituzioni inferiori a 9 giorni, l'Azienda contatta prioritariamente i medici titolari del presidio in cui si è verificata l'esigenza; in caso di indisponibilità di quest'ultimi, l'Azienda provvede alla sostituzione secondo quanto previsto dal comma 2 dell'art.55 dell'ACN.

Entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo le Aziende dovranno attivare l'istituto della reperibilità.

Art.29 (AIR/01) - Trattamento economico (ex art. 57 – D.P.R. 270/00)

1. Al comma 1 dell'art. 29 – primo punto – la somma di €1,55, deve intendersi dalla data di pubblicazione del presente accordo in €3,50.
2. **Indennità aggiuntiva per festività di particolare rilevanza**

Al medico di continuità assistenziale che effettua il servizio di continuità assistenziale nei turni sotto riportati, viene riconosciuto un compenso aggiuntivo forfetario di €50,00 con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente accordo:

1° gennaio.	Turno diurno
6 gennaio.	Turno diurno
Pasqua.	Turno diurno
Pasquetta.	Turno diurno
1° maggio.	Turno diurno
15 agosto.	Turno diurno
24 dicembre.	Turno notturno
25 dicembre.	Turno diurno
26 dicembre.	Turno diurno
31 dicembre.	Turno notturno

**Art. 30 (AIR/01) - Assicurazione contro i rischi derivante dagli
incarichi
(ex art. 58 – D.P.R. 270/00)**

Fermo restante quanto previsto all'art. 30 della D.G.R. N°1640 del 24 luglio 2001. Al comma 1) si aggiunge dopo "dell'A.C.N.",... nonché i danni subiti durante il tragitto, sia per l'accesso, sia per il ritorno, dai rispettivi distretti, nell'espletamento delle quattro ore di plus orario.

CAPO V

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 36 - RECLUTAMENTO DEL PERSONALE DEL 118.

In analogia a quanto previsto dalla L.R. n. 21 del 3 agosto 1999 per il personale medico, infermieristico ed amministrativo da assegnare alla Centrale Operativa del Sistema Sanitario Regionale dell'emergenza/urgenza, e secondo quanto sancito dalla D.G.R. n. 386 del 3 marzo 2003. In funzione della particolarità dei compiti da svolgere, i Medici di Continuità Assistenziale da impiegare presso la Centrale Operativa, saranno reclutati mediante prova selettiva. Potranno partecipare alla selezione i Medici che, alla data di pubblicazione del relativo bando, saranno in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della Regione Basilicata;
2. Essere in possesso dell'attestato di cui all.66 del DPR 270/00;
3. Aver frequentato e superato con esito positivo il percorso formativo organizzato dalla Regione Basilicata.

NORMA FINALE n. 1

Il presente protocollo d'intesa integra la DGR n. 1640/01. Per le parti non espressamente nominate o modificate o integrate restano in vigore le disposizioni previste dalla DGR n. 1640/01.

NORMA FINALE n. 2

Il presente accordo entra in vigore a decorrere dal giorno della sua pubblicazione sul BUR ed è valido fino al nuovo accordo collettivo regionale, fatto salvo quanto previsto in premessa in ordine all'efficacia della presente disciplina. In assenza di rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, le parti si impegnano entro il 31 dicembre 2004 ad aprire il tavolo negoziale per la discussione di un nuovo accordo regionale.

NORMA FINALE n. 3

Dalla data di pubblicazione della presente integrazione le Aziende USL preferibilmente entro 6 mesi e improrogabilmente entro 9 mesi, concludono la Contrattazione Aziendale.

NORMA FINALE n. 4

Alla data di pubblicazione del presente accordo e comunque non oltre il 31 dicembre 2003 vengono inseriti d'ufficio nell'albo degli animatori regionali i medici in possesso di idoneo titolo. Entro il 31 dicembre 2003 il Comitato Regionale disciplinerà la normativa per le nuove istanze per l'iscrizione agli albi degli animatori e a quello dei tutor.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1

Le OO.SS. concordano sulla proposta di aumento del monte ore fino alla concorrenza delle 38 ore settimanali per chi dichiara la propria disponibilità in previsione dell'attivazione del servizio di emergenza "118".
