



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 50 del 27/04/2004

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 aprile 2004, n.566

Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici della medicina generale, ex DPR 270 del 28.07.2000, relativo agli istituti normativi ed economici riservati alla trattativa regionale. Approvazione.

L'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali, Dott. Salvatore Mazzaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio e confermata dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce:

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale, allo stato vigente, reso esecutivo con il D.P.R. n. 270 del 28.07.2000 e pubblicato sul supplemento ordinario n. 165 G.U. n. 230 del 02.10.2000, disciplina i rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art 8 del decreto legislativo 502/92 come modificato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99.

L'Accordo Collettivo Nazionale, D.P.R. 270/2000, all'art. 12 c.1, prevede che..." in ciascuna Regione è istituito il Comitato Permanente Regionale, composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10,..." con il compito, fra l'altro, di definire gli accordi integrativi regionali.

Con provvedimento n. 1231 del 14/09/2001, è stato istituito il Comitato Permanente Regionale.

Detto Comitato, ai sensi del comma 2 del richiamato art. 12 è preposto a:

- a) alla definizione degli accordi regionali;
- b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e degli accordi regionali;
- c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
- d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici generici per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.

In data 28/01/2003 la Giunta Regionale ha già approvato intese contrattuali, sottoscritte congiuntamente dalla parte pubblica e quella privata, ridefinendo taluni istituti contrattuali e prevedendo, fra l'altro, per il triennio 2003 / 2005 il finanziamento dei "progetti obiettivo regionali" con un budget annuo regionale di:

- Euro 20 milioni per l'anno 2003;
- Euro 18 milioni per l'anno 2004;
- Euro 18 milioni per l'anno 2005.

Successivamente, in data 10/12/2003, è stato siglato tra le Parti l'Accordo Integrativo Regionale per i medici di medicina generale. Tale accordo sviluppa una serie di paragrafi il cui contenuto è teso ad una migliore programmazione sanitaria regionale attraverso la valorizzazione ed il potenziamento delle cure primarie, a ridurre il ricorso improprio alle strutture ospedaliere, ed a creare, nel territorio, le opportunità

per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali dei cittadini.

I punti di forza del documento sono :

? migliore organizzazione delle Attività Domiciliari Programmate (ADP) e Attività Domiciliari Integrate (ADI), attraverso anche ulteriori incrementi economici per gli accessi;

? regolamentazione dell'aggiornamento e formazione professionale permanente (ECM) per i medici della medicina generale;

? incentivazione, ai medici della continuità assistenziale , per i carichi di lavoro in alcuni periodi dell'anno, la tutela assicurativa durante l'attività, migliore organizzazione del servizio, impegnando, anche, le Direzioni Generali sulle direttive previste dall'Accordo in parola;

? incremento delle percentuali di adesione alle forme associative, per i medici dell'assistenza primaria, teso ad aumentare l'efficienza e la economicità della risposta assistenziale;

? potenziamento della informatizzazione degli studi medici, e per gli stessi studi l'aumento delle ore di apertura con la disponibilità dei sanitari a modulare l'attività dell'assistenza primaria in base ai bisogni emergenti della popolazione;

? istituzione dell'osservatorio regionale sull'appropriatezza delle prestazioni, al fine di monitorare queste ultime ed elaborare linee operative per migliorare l'assistenza.

Tutto ciò premesso, si propone all'approvazione della Giunta Regionale il testo dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici della medicina generale, in attuazione del DPR 270/00, siglato dalle Parti ed allegato al presente schema di delibera a farne parte integrante, in virtù dell'art.4, comma 4, lettera k), della L. R. n.7/97.

"COPERTURA FINANZIARI DI CUI ALLA L.R. N.28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

La spesa di Euro 24.000.000,00 riveniente dal presente provvedimento, trova copertura al capitolo n. 741090 del Bilancio 2004. All'impegno della spesa provvederà il Dirigente del Settore Sanità, con proprio atto, da adottarsi entro il 31.12.2004.

Il Dirigente del Settore Sanità
Silvia Papini

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Vista la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Funzionario Istruttore e dal Dirigente del Settore;

- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

di approvare l'allegato A) del presente provvedimento qui richiamato , per costituirne parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

di stabilire che gli effetti giuridici ed economici del presente provvedimento decorrono sin dal 1° gennaio 2004;

di stabilire altresì che l'Accordo Integrativo Regionale resterà in vigore, in regime di prorogatio, fino alla stipula degli Accordi Regionali previsti dal successivo Accordo Collettivo Nazionale qualora, quest'ultimo non ne modifichi i contenuti sostanziali;

di dare mandato al Dirigente del Settore ad adottare, entro il 31.12.2004, apposito atto per impegnare la somma di Euro 24.000.000,00.

Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta

Dr.Romano Donno Dott.Raffaele Fitto

REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO SANITA' E SERVIZI SOCIALI

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
IN ATTUAZIONE DEL
D.P.R. 270/2000

La presente intesa attua le previsioni dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 270 del 28/07/2000 (pubblicato sul supplemento ordinario n. 165 alla G.U. n. 230 del 2/10/2000).

Le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, attività territoriali programmate, così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D. Lvo 502/92 e successive modifiche, sono svolte esclusivamente dai medici convenzionati ai sensi del DPR 270/00 nell'ambito del servizio sanitario regionale pubblico, al fine di assicurare i LEA.

Il ruolo del medico di Medicina Generale nell'ambito del SSR è quello riveniente dalla normativa vigente. Il rapporto che si instaura tra le AASSUULL ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei

compiti e delle attività in regime convenzionale, è di "lavoro autonomo, coordinato e continuativo", con compiti e funzioni del medico di medicina generale che non potranno essere esercitati o affidati ad altri soggetti o ad Enti privati.

Con il presente accordo la Regione Puglia e le OO.SS. maggiormente rappresentative della M.G. si pongono l'obiettivo di migliorare il modello organizzativo al fine di implementare i servizi in favore degli utenti, attraverso:

1. le forme associative. La possibilità di aderire alle diverse forme di associazionismo consente di aumentare l'efficienza e l'economicità della risposta assistenziale, grazie all'aumento delle ore di apertura degli studi medici e alla disponibilità a modulare l'attività dell'assistenza primaria in base ai bisogni emergenti dalla popolazione locale. Ciò permette di realizzare una effettiva rete sul territorio pronta a fornire risposte alle nuove esigenze assistenziali emergenti.
2. l'informatizzazione. Il potenziamento dell'informatizzazione rappresenta un ulteriore servizio al cittadino in quanto consente di gestire tutte le informazioni cliniche e terapeutiche su una scheda individuale computerizzata. Rappresenta, inoltre, uno strumento utile per facilitare lo svolgimento dei compiti burocratici della pubblica amministrazione.
3. l'assistenza domiciliare. L'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai malati non deambulabili è considerata una priorità nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. L'impegno di rendere ancor più capillare questa forma di assistenza rappresenta un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale.
4. l'appropriatezza. L'istituzione di un Osservatorio sull'appropriatezza delle prestazioni in medicina generale consente di monitorare le prestazioni e di elaborare linee operative per migliorare il livello di assistenza. In questo senso, la costituzione degli Uffici di Coordinamento distrettuali rappresenta una tappa importante nella programmazione sanitaria e per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Il presente accordo disciplina le norme di cui al DPR 270/2000 riservate alla trattativa regionale, nonché chiarisce ed interpreta quelle per le quali si intende garantire la uniforme applicazione in ambito regionale.

L'accordo regionale ed i relativi accordi aziendali a stipularsi, sia dal punto di vista giuridico che economico non possono in nessun caso contrastare con la normativa specifica del DPR 270/2000.

1.00 - GRADUATORIE - art. 3 comma 6

L'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale relativi agli ambiti territoriali e agli incarichi vacanti rilevati dal 2001, fino al rinnovo contrattuale, pubblicati sul BURP, avviene nel modo seguente:

- a) una percentuale pari al 67% a favore degli aspiranti di cui all'art. 3, comma 6, lett. a), DPR 270/00 (possessori dell'Attestato di Formazione);
- b) una percentuale pari al 33% a favore degli aspiranti di cui all'art. 3, comma 6, lett. b), DPR 270/00 (possessori del titolo equipollente).

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva di aspiranti.

Il punteggio di cui alla lettera b) comma 5 art. 49 deve essere attribuito a coloro che abbiano la residenza nel territorio della stessa azienda nella quale è vacante l'incarico e secondo le modalità previste dallo stesso comma.

Per la copertura degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale, rilevati nel corso dell'anno 2002, si utilizza la graduatoria regionale, valida per l'anno 2002, redatta ai sensi del DPR 270/2000.

Per la copertura degli incarichi di assistenza primaria e di continuità assistenziale, rilevati nel corso

dell'anno 2003, si utilizza la graduatoria regionale, valida per l'anno 2003, redatta ai sensi del DPR 270/2000.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti di cui al comma 6, lett. a) e b), dell'art. 3 del DPR 270/00, possono concorrere esclusivamente, a scelta, per una di dette riserve di posti. La riserva per la quale intendono concorrere deve essere indicata all'atto della relativa domanda, pena la nullità della stessa.

Il calcolo delle percentuali è fatto a livello Aziendale al netto dei trasferimenti.

L'attribuzione degli incarichi vacanti inizia dalla graduatoria degli aspiranti di cui all'art. 3, comma 6 lett. a), DPR 270/00 (possessori dell'Attestato di Formazione) e prosegue con il criterio dell'alternanza fino ad esaurimento dei posti spettanti a ciascuna riserva;

l'esempio: posti aziendali da assegnare 5 (cinque): 3 posti alla quota a)- 2 posti alla quota b); si assegna con la seguente successione: a - b - a - b - a.

l'esempio: 4 posti aziendali da assegnare: 3 posti quota a) - 1 posto alla quota b): a - b - a - a.

Nello specifico si concorda di suddividere i posti vacanti, pubblicati sul BURP, nel modo seguente (vedi art. 6, comma 10, DPR 270/00) :

2.00 - MEDICI PENITENZIARI - MILITARI E DELLA POLIZIA DI STATO

Le incompatibilità previste per i medici dipendenti non si applicano ai medici penitenziari, né ai medici della Polizia di Stato (art.3 D.L.vo 280 del 17.05.1996). Gli anzidetti medici non hanno diritto alla piena disponibilità.

3.00 - AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E FORMAZIONE PERMANENTE - art.8

Le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo, della Formazione Permanente, delle attività di docenza e di tutoraggio sono individuate dall'art. 8 del D.P.R. 270/2000, e disciplinate secondo quanto segue.

1. Il Comitato Regionale ex art. 12 è l'organismo regionale referente per l'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo e la Formazione Permanente dei Medici di Medicina Generale e per l'attività di Formazione in medicina generale, svolta dai Medici di Medicina Generale.

2. In ogni ASL viene costituita una commissione mista paritetica nominata dal comitato aziendale (art 11, comma 2, lettera g dell'ACN), composta da almeno 4 e massimo 8 membri di cui la metà siano animatori di formazione (iscritti all'albo regionale) che operano nell'ambito aziendale. Compiti di tale commissione sono:

a) definire gli obiettivi generali del progetto formativo aziendale, sulla base dei criteri indicati dal comma 3 art. 8 DPR 270/00;

b) approvare il programma scientifico e organizzativo dei corsi su proposta degli animatori di formazione;

c) definire le risorse economiche necessarie alla copertura di tutti i costi relativi alla attività formativa (progettazione e realizzazione dei pacchetti formativi, materiale didattico, utilizzo di aule didattiche ed attrezzature audiovisive, compenso per gli animatori e i docenti di contenuto, ogni altro bene o servizio necessario per l'ottimale svolgimento del programma formativo);

d) valutare l'assolvimento dell'obbligo da parte dei MMG.

3. I corsi di aggiornamento e formazione devono essere svolti preferibilmente di sabato, con l'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale per consentire ai Medici di Assistenza Primaria di frequentare i corsi di che trattasi, per un tetto massimo di 40 ore annue. Al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

4. Ogni azienda ASL deve assicurare una attività formativa pari ad almeno il 50% del monte ore previsto dal comma precedente (20 ore). Tale attività formativa deve essere configurata secondo la tipologia del "Progetto formativo aziendale" prevista dalla commissione nazionale ECM e deve, quindi, essere accreditata

5. Al fine di garantire il carattere formativo dei corsi, finalizzato al miglioramento della pratica professionale dei MMG e alla integrazione tra medicina generale e medicina specialistica, i corsi devono:

a) essere organizzati dalle ASL e dagli animatori di formazione secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi e della didattica interattiva e prevedere, di norma, un numero di partecipanti non superiore a 40;

b) prevedere la partecipazione di almeno un animatore di formazione per ogni corso;

c) utilizzare, nel ruolo di docente di contenuto, di norma operatori sanitari che svolgono la loro attività nell'ambito della ASL, preferenzialmente nello stesso distretto in cui il corso viene attivato.

6. Agli Animatori, iscritti regolarmente all'Albo Regionale (aggiornato a cura del CPR nei mesi di marzo e settembre di ogni anno) ed ai docenti dei corsi di formazione è corrisposto a cura dell'Azienda di appartenenza, oltre alle spese di viaggio effettivamente documentate, ad 1/5 del prezzo di un litro di benzina per KM di percorrenza per l'uso del mezzo proprio ed alle spese per le sostituzioni avvenute, un compenso pari a quanto previsto dal DM Sanità 1/2/2000, in quanto compatibile. Per quanto riguarda invece le spese inerenti alla progettazione dei pacchetti formativi, queste verranno definite in seno alla commissione paritetica aziendale di cui al precedente comma 3.

7. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N.. Entro il 30 settembre di ogni anno la commissione di cui al comma 2 approva il progetto formativo aziendale e il relativo budget finanziario. La ASL entro il 31 ottobre recepisce e finanzia il piano formativo destinando per la formazione dei medici di medicina generale un fondo determinato secondo gli stessi criteri previsti per la dirigenza medica del SSN.

8. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, al medico di medicina generale che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

9. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 16 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

10. I corsi si svolgono il sabato Le Aziende rilasciano un attestato relativo ai crediti ECM conseguiti per ogni corso frequentato.

11. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

12. La disciplina dell'attività di formazione svolta dal medico di medicina generale nel proprio ambulatorio, durante le ore di attività disciplinate dal DPR 270/00, è compito del comitato regionale di cui all'art.12 DPR 270/00.

13. Si conviene, in applicazione del disposto dell'art. 8 dell'ACN, sull'obbligo per i Medici titolari di Continuità Assistenziale di n° 40 ore annue di aggiornamento professionale che verranno retribuiti secondo i normali compensi.

14. L'attività di formazione prevista dal DM 19/10/2001 n.445 e quella pre-laurea è disciplinata da specifici accordi predisposti dal Comitato di cui all'art. 12 del DPR 270/00.

4.00 - DIRITTO DI SCIOPERO

Il medico di famiglia che partecipa allo sciopero ha l'obbligo, ai sensi del comma 1 - art.17 DPR 270/00, di effettuare:

1. le visite domiciliari urgenti.
2. l'assistenza domiciliare integrata (ADI).
3. l'assistenza domiciliare programmata ai malati terminali.

Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.

Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, effettuerà la trattenuta del 60% della giornata lavorativa. La giornata lavorativa si ottiene dividendo il totale lordo delle competenze (comprensivo di tutte le voci contrattuali) del mese in cui è stato effettuato lo sciopero per il numero dei giorni dello stesso mese.

5.00 - RAPPORTI CON I SINDACATI - articoli 9-10-11-12

La rappresentatività del livello regionale, effettuato dall'art.12, relativo all'istituzione del Comitato regionale, come pure quello dell'art.11 per il Comitato aziendale e le mancate definizioni numeriche dei comitati stessi, determinano, nelle componenti dei Comitati, una presenza delle OO.SS. direttamente proporzionale al numero degli iscritti, accertati, sulla base dei meccanismi di cui all'art.10, rispettivamente a livello regionale e aziendale.

Ai fini della composizione dei Comitati, di cui all'art.12 (Comitato regionale) e all'art.11 (Comitato aziendale), si adotta la formula della delegazione da ritenersi valida sia per le Organizzazioni sindacali che per la parte pubblica.

La delegazione delle OO Sindacali è correlata al numero degli iscritti, per un totale complessivo di nove unità per il Comitato regionale e da sette unità per i comitati aziendali.

A ciascun componente le delegazioni delle OO.SS., definite come previsto dai comma precedenti, compete:

a livello regionale: Euro 155,00 , oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione;

a livello aziendale: Euro 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.

Tale onere è a carico dell'azienda di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata, a decorrere dalla data di costituzione dei Comitati di cui agli articoli 11 e 12 del D.P.R. 270/2000 e delle Commissioni di cui all'art. 9, comma 1, dello stesso D.P.R..

Tale indennità si estende a tutti gli organismi previsti dal DPR 270/00, nonché ai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro in cui siano presenti rappresentanti delle OOSS.

6.00 - RAPPORTO OTTIMALE - art.19

Al fine di garantire la più corretta determinazione della popolazione per il calcolo del rapporto ottimale, soprattutto in quei Comuni dove è consistente il fenomeno della emigrazione, in aggiunta ai criteri definiti dal DPR 270/00 Art.19 ed All. B dovrà essere detratto il numero dei cittadini iscritti nelle liste AIRE risultanti al 31 dicembre dell'anno precedente; pertanto il numero dei cittadini regolarmente iscritti nelle liste AIRE non può né deve concorrere alla determinazione del rapporto ottimale.

7.00 - FESTA PATRONALE

In occasione della festa patronale il medico di assistenza primaria non è tenuto a svolgere l'attività ambulatoriale. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di continuità assistenziale dalle ore 08.00 alle ore 20.00.

Il Comitato ex art.11 individua nell'ambito dei comuni della propria AUSL i giorni delle feste patronali per l'attivazione del servizio di Continuità assistenziale.

8.00 - RESIDENZA

Il medico di assistenza primaria ha l'obbligo di risiedere nel territorio che coincide con l'ambito territoriale di scelta (distretto). Non vi è obbligo di cambiare residenza nel caso in cui il medico già risieda in uno dei comuni compresi nel distretto.

9.00 - ATTIVITÀ PRESCRITTIVE

1. Al fine di rendere possibile la corretta acquisizione delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche da parte del Sistema Informativo regionale, il medico deve compilare la ricetta in modo leggibile nella parte riservata al codice fiscale. A tale proposito le aziende sono tenute a verificare il corretto comportamento prescrittivo e nel caso di inadempienza ad applicare quanto fissato dall'art. 16 DPR 270/00.

2. La indennità informatica verrà sospesa per il mese oggetto di rilevazione, dopo un primo richiamo, nel caso in cui dovesse risultare illeggibile, per il codice fiscale dell'assistito, un numero pari o superiore al 5% del totale delle ricette, dopo verifica da parte del Comitato Aziendale di cui all'art. 11 DPR 270/00.

10.00 - ASSOCIAZIONISMO

Le forme associative realizzano un modello organizzativo che nella regione ha registrato gradimento da parte dei cittadini in quanto permette flessibilità nell'organizzazione del lavoro consentendo al cittadino di accedere più facilmente agli ambulatori e di usufruire maggiormente delle cure domiciliari.

10.01 - ORARI DI APERTURA STUDI DELLE ASSOCIAZIONI IN RETE E GRUPPO

1. Ogni medico aderente alla forma associativa di rete o di gruppo di cui alla lett. B) e C) comma 6 art. 40 DPR 270/00 deve garantire l'attività ambulatoriale per almeno un numero di ore settimanali pari ad 1h/100 assistiti.

2. L'orario minimo delle associazioni di rete e di gruppo deve essere articolato in modo tale da garantire almeno sette ore giornaliere di apertura. Per l'attività ambulatoriale del lunedì mattina le associazioni in rete e di gruppo devono preferibilmente garantire in maniera coordinata almeno 4 ore di apertura delle sette previste, salve diverse esigenze assistenziali territoriali definite in seno al comitato aziendale ex art. 11.

10.02 - COMPENSO

1. Le forme associative della medicina di rete possono essere riconosciute nella percentuale massima del 20% degli assistiti in ambito aziendale.

2. Le forme associative della medicina di gruppo possono essere riconosciute nella percentuale massima del 35% degli assistiti in ambito aziendale.

3. A decorrere dal 1 gennaio 2004 ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di rete ai sensi dell'art. 40, comma 8, DPR 270/00 è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1500, o al massimale individuale se inferiore, nella misura di Euro 4,50.

4. A decorrere dal 1 gennaio 2004 ai medici di Assistenza primaria che svolgono attività di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 40, comma 9, DPR 270/00 è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, fino al limite di 1500 o al massimale individuale se inferiore nella misura di Euro 6,00.

5. Gli incrementi retributivi previsti dai precedenti commi sono riconosciuti a tutti i medici in associazione che adeguano, alla stessa data, l'apertura degli studi così come fissato dal presente accordo.

11.00 - COLLABORATORE DI STUDIO

1. L'indennità di collaboratore di studio di cui alla lett. B4, art. 45, DPR 270/00, è riconosciuta nel limite massimo del 35% degli assistiti in ambito aziendale, sia per i medici che lavorano singolarmente che per quelli in associazione.

2. Le indennità di cui alle lettere B4 e B5, art. 45, DPR 270/00 non possono essere superiori alle spese effettivamente sostenute. Tra queste, il trattamento economico del collaboratore di studio è quello stabilito dalla contrattazione collettiva nazionale di lavoro della categoria e precisamente dal CCNLL con esclusione di qualsiasi superminimo.

12.00 - INFORMATIZZAZIONE

1. Il medico di Assistenza Primaria della Regione Puglia deve assicurare nel proprio studio, mediante apparecchi e impianti informatici, la gestione informatizzata della scheda sanitaria e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali.

2. Tale requisito, indispensabile per il rapporto con il SSR, deve essere garantito entro il 31.12.2004 da parte di tutti i medici iscritti negli elenchi di Assistenza Primaria. È consentita una deroga fino al 31.12.2005 per i medici che presentano domanda di pensionamento entro e non oltre il 31/12/2004.

3. A far data dal 1 gennaio 2004 l'iscrizione negli elenchi dei medici di Assistenza Primaria comporta il possesso del computer. A tali medici è dovuta un'indennità una tantum di Euro 500,00 da erogare con la prima competenza mensile.

4. Dal 1 gennaio 2004 la indennità informatica di cui al punto B3 dell'art. 45 DPR 270/00 è corrisposta nella misura forfetaria mensile di Euro 154,92.

5. Le prescrizioni effettuate a domicilio del paziente devono comunque essere redatte in maniera leggibile per assicurare la lettura ottica da parte del sistema informatico regionale.

13.00 - ASSISTENZA DOMICILIARE

13.01 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

1. L'assistenza domiciliare programmata è erogata con le modalità di cui all'allegato G del DPR 270/00.

2. A far data dal 1 gennaio 2004 il nuovo compenso di cui all'art. 5 comma 1 dell'allegato G per ogni accesso è di Euro 26,46.

3. Il tetto di cui al punto C1 comma 2, dell'art. 45, DPR 270/00, è rivalutato del 40% e conseguentemente corrisponde al 28%.

4. Per il calcolo del tetto di cui al punto precedente si fa riferimento esclusivamente ai compensi previsti dalle lettere A1, A2, B1, B2 art.45 DPR 270/00.

5. Il Medico di Medicina Generale entro il 31 gennaio di ogni anno ripropone le richieste di ADP, inviando l'elenco degli assistiti in ADP al distretto di competenza e comunicando eventuali modifiche del piano assistenziale. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'ADP è custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente.

13.02 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

1. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è erogata con le modalità di cui all'allegato H del DPR 270/00

e dell'allegato B del presente accordo.

2. A far data dal 1 gennaio 2004 il nuovo compenso, di cui all'art. 5 dell'allegato H, per ogni accesso è di Euro 28,92. Tutte le prestazioni aggiuntive, medicazioni, flebo e quant'altro così come previsto dall'allegato D del DPR 270/00 non si cumulano al raggiungimento del tetto di 16,60%. Il compenso previsto per l'attività di attivazione, e coordinamento degli interventi dei pazienti in ADI è pari Euro 77,47.

3. In ogni ASL è istituito il fondo aziendale per l'ADI pari a Euro 3,00 per residente.

14.00 - ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME

Per lo svolgimento dell'attività convenzionale nei comuni del Subappennino Dauno e del Gargano è riconosciuto un'indennità aggiuntiva da stabilirsi in sede di comitato aziendale in ragione delle singole realtà presenti sul territorio.

14.02 - ZONE DISAGIATISSIME

Per lo svolgimento dell'attività nel Comune "Isole Tremiti", identificata dalla Regione come zona disagiatissima, sia per l'assistenza primaria sia per la continuità assistenziale è istituito un servizio di assistenza medica diurno e notturno che copra 24 ore con due medici in servizio il cui turno di lavoro si svolge per una intera settimana continuativamente. Entro novanta giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo dovrà essere emanato apposito regolamento. Fino alla data di applicazione del suddetto regolamento si applica l'aumento del 200% previsto dal precedente accordo regionale.

15.00 - VACCINOPROFILASSI ANTINFLUENZALE

L'influenza è la prima causa di morte per malattie infettive nei soggetti anziani e defedati.

La vaccinazione non solo permette di proteggere i soggetti a "rischio", ma consente anche di ridurre i ricoveri ospedalieri, il consumo dei farmaci per patologie conseguenti a tale infezione e delle giornate lavorative perse.

È auspicabile che il vaccino possa essere somministrato gratuitamente a tutti i soggetti a "rischio".

Ai sensi degli art.li 31 e 45 DPR 270/00 è compito del MMG l'effettuazione della vaccinazione antinfluenzale e le Aziende ASL hanno l'obbligo di predisporre gli strumenti in tempo utile per consentire una corretta campagna vaccinale da parte dei MMG.

A tal fine il MMG deve comunicare alla AUSL il numero dei pazienti che intende sottoporre a vaccinazione entro il 30 giugno di ogni anno. La AUSL deve provvedere a consegnare al medico il quantitativo previsto di vaccino entro il 15 ottobre o comunque secondo le indicazioni stabilite a livello regionale.

Il vaccino antinfluenzale è somministrato gratuitamente a tutti i soggetti a rischio con i tempi e le modalità previste dalla campagna vaccinale e concordate annualmente a livello regionale, entro il 30 maggio.

La AUSL corrisponde al MMG il compenso previsto dalla lettera A1 comma 2 art. 45 e dall'allegato D DPR 270/00 per ogni singola dose di vaccino somministrato. Il pagamento avviene mensilmente previa presentazione della lista dei vaccinati entro il giorno 10 del mese successivo sui modelli PPIP.

Il MMG deve consegnare una scheda riassuntiva finale sulle vaccinazioni effettuate, entro il 31 gennaio, contenente il numero dei soggetti sottoposti a vaccinazione e suddivisi per fasce di età (0-14; 15-64; 65-74; >75).

Ai medici che svolgono l'attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (medici sentinella - influnet) è riconosciuta una indennità di Euro 1.000,00 per un periodo di sei mesi all'anno e secondo le modalità stabilite in seno al Comitato Permanente Regionale

16.00 - TUTORS

Ai Medici di Medicina Generale che svolgono attività tutoriale di cui al D.Lgs 368/99, è riconosciuto un compenso forfetario aggiuntivo di Euro 2.066,00 per semestre e per ogni singolo tirocinante. Il compenso decorre dal secondo semestre del 1998.

17.00 - PROGRAMMI DI ATTIVITA' E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI - art. 72

1. I livelli di spesa programmati (L.S.P.) sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato regionale permanente di cui all'art.12 D.P.R. 270/2000.

2. Il rispetto dei livelli di spesa programmati non deve in alcun modo comportare una mancata o insufficiente risposta alle istanze di salute da parte del cittadino. Le risorse destinate a ciascun livello assistenziale costituiscono un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione della inappropriata delle prestazioni.

3. Nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti di budget etico per il controllo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.

4. A livello aziendale, nel rispetto delle linee generali individuate a livello regionale, possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei medici di medicina generale che operano in forma associata o singola.

5. Per l'attuazione del progetto di budget etico è requisito indispensabile il sistema di rilevamento dati che consenta ai medici aderenti di conoscere il proprio andamento prescrittivo, scorporato dalla spesa indotta e riferito, ove pertinente, alla pesatura degli assistiti per sesso, età e patologie.

6. Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto degli elementi di cui all'art. 72 comma 6 del D.P.R. 270/2000, e precisamente:

Della spesa storica corrispondente;

Dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale;

Dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;

Della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;

Di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;

Della distinzione delle spese direttamente indotte da medici di medicina generale e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;

Dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);

Di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale.

18.00 - ATTRIBUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA

La spesa farmaceutica che deve essere attribuita al MMG è quella derivante esclusivamente dalle proprie prescrizioni o da quelle del proprio sostituto..

Più in dettaglio:

1. In primo luogo vengono attribuite al MMG tutte le ricette timbrate e firmate da lui e/o dal sostituto relative ai pazienti residenti nell'ambito territoriale di scelta dell'A.U.S.L. di appartenenza.
2. Le ricette timbrate e firmate da altri medici diversi dal MMG, nell'ambito dei compiti previsti dalla DGR 1161/03, non sono attribuibili al MMG.
3. Il valore economico di tutte le ricette non attribuite in base a quanto stabilito ai punti 1 e 2, viene suddiviso per il numero degli assistibili dell'intera azienda e ribaltato su tutti i medici di assistenza primaria in proporzione al numero delle loro scelte.
4. La prescrizione di farmaci ad alto costo, con note C.U.F. e registro A.S.L o erogabili con doppia via di distribuzione, verrà scorporata in sede di verifica dalla spesa imputata al singolo MMG ed opportunamente valutata.
5. Per la valutazione della spesa riferita ai medici in associazione si dovrà tener conto della spesa globale dell'associazione e dei pazienti in carico a ciascun medico secondo specifici accordi da definire in seno ai comitati aziendali.

A cura del Comitato ex Art.11 vengono definite le condizioni per il riconoscimento della spesa indotta.

19.00 - Fisiokinesiterapia

Ai fini della erogazione delle prestazioni di FKT previste dalla DGR 2242/02, compito unico del medico di famiglia è inviare, ove lo ritenga, con propria richiesta, il paziente in consulenza dal medico specialista in Fisiatria per la elaborazione del piano terapeutico..

Le prestazioni di fisiochinesiterapia, sulla base del piano terapeutico così redatto, sono prescritte dal medico del distretto sanitario di appartenenza, a cui compete la registrazione della prestazione e il conteggio del numero delle stesse nel rispetto di quanto disposto in allegato dalla DGR 2242/02.

20.00 - OSPEDALE DI COMUNITÀ

Le tariffe relative all'accesso del medico di medicina generale sono equiparate a quelle dell'ADI di cui al presente accordo.

21.00 - COMITATO PERMANENTE REGIONALE

Le determinazioni del comitato, ai fini delle uniformi applicazioni del contratto sul territorio regionale, costituiscono interpretazione autentica della normativa vigente e sono trasmesse, a cura della segreteria dello stesso nei tempi e nei modi dovuti senza ritardo, alle aziende per l'applicazione nei singoli casi.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza rientra tra le attività garantite dal distretto anche ai sensi dell'art. 14 DPR 270/00.

Per lo svolgimento di tale attività è organizzata una rete territoriale di assistenza. Le scelte programmatiche della Regione in materia di continuità assistenziale terranno conto del contributo e del parere espresso dalle organizzazioni sindacali in seno al Comitato Regionale di cui all'art. 12 DPR 270/00.

22.00 - MASSIMALE - art.50

Il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato e determinato (comma 2 e 4 art. 55 DPR 270/00) di

Continuità Assistenziale avviene, presso un'unica sede, per un minimo di 12 ore settimanali più un plus di 4 ore settimanali, e un massimo di 24 ore settimanali più un plus orario di 4 ore settimanali. Il numero minimo di ore mensili non deve essere inferiore rispettivamente a 70 e a 122 ore.

23.00 - MOBILITA' INTERNA

1. il trasferimento di sede da parte del medico a tempo indeterminato è consentito all'interno della stessa ASL su domanda dell'interessato dopo la rilevazione delle ore carenti semestrale;
2. la sede lasciata libera dal medico che si trasferisce è pubblicata al posto delle ore carenti occupate;
3. in caso di più domande per la medesima sede l'assegnazione avviene nell'ordine delle seguenti priorità:
 - a) anzianità di incarico;
 - b) voto di laurea.
 - c) anzianità di laurea;
 - d) anzianità anagrafica.
4. è consentito lo scambio di sede tra due medici a tempo indeterminato sia all'interno della stessa ASL che tra ASL diverse della stessa regione.
5. in tal caso gli interessati devono inoltrare alle amministrazioni interessate una domanda congiunta.

24.00 - COMPITI DEL MEDICO - art. 52

1. La valutazione della necessità dell'accesso domiciliare è affidata all'autonomia professionale e decisionale del medico in servizio attraverso il triage telefonico.
2. Il medico di continuità assistenziale è allertato dalla centrale operativa 118 per i codici "bianchi". Con successive intese saranno definiti i protocolli per una più efficace integrazione con l'emergenza territoriale.
3. Il medico deve indicare, nel riepilogo alla fine del mese, il numero totale di ore effettuate, il numero di ore effettuate nei periodi remunerati con tariffa maggiorata ed il numero di accessi domiciliari.
4. Il medico di continuità assistenziale, alla fine di ogni mese, compila l'allegato "A" di cui al presente accordo e lo consegna al distretto di appartenenza, con il registro della sede.
5. Nel caso in cui la formazione continua di cui all'art. 8, comma 12, D.P.R. n. 270/00, è organizzata in orari non coperti dalla Continuità Assistenziale, l'Azienda deve provvedere ad attivare tale servizio. L'orario prestato a tal fine è remunerato con tariffa oraria da definire a livello aziendale.

25.00 - COMPETENZE DELLE AZIENDE - art. 53

1. L'azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci di prima necessità, materiale di pronto soccorso e in particolare, tutto il materiale necessario per l'effettuazione delle prestazioni di cui al comma 10 allegato D DPR 270/00.

2. L'Azienda, entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente accordo, deve presentare al comitato aziendale dettagliata relazione tecnica sulle condizioni di sicurezza, strutturali e igienico ambientali delle sedi di continuità assistenziale.

3. L'azienda, entro trenta giorni dai rilievi segnalati dalle organizzazioni sindacali in seno al comitato aziendale, provvede all'adeguamento delle carenze evidenziate con particolare riguardo alle condizioni di sicurezza.

26.00 - ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ - art. 56

L'Azienda ha l'obbligo e la responsabilità dell'organizzazione della reperibilità domiciliare nei seguenti orari:

dalle ore 19,00 alle ore 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;

dalle ore 9,00 alle ore 10,30 dei soli giorni prefestivi;

dalle ore 7,00 alle ore 8,30 dei soli giorni festivi.

27.00 - TRATTAMENTO ECONOMICO - art. 57

La Continuità Assistenziale rappresenta, insieme con l'assistenza primaria e la pediatria di libera scelta, punto di riferimento centrale dell'assistenza territoriale per il cittadino.

È necessario, visto la complessità e la specificità delle attività della continuità assistenziale, incentivare l'intera attività del medico di continuità assistenziale facendo riferimento, in prima applicazione, all'attività domiciliare svolta.

Resta inteso che la valutazione della sola attività domiciliare non è, da sola, un parametro di valutazione dell'efficienza del servizio.

1. In ciascuna azienda entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo sono nominati dalla parte sindacale del Comitato Aziendale, firmataria del presente accordo, di cui all'art. 11, tenuto conto della rappresentatività sindacale ai sensi dell'art. 10, comma 10, DPR 270/00, un responsabile medico per ciascun distretto e un coordinatore aziendale medico.

2. Il Comitato individua i medici con incarico distrettuale e aziendale di cui al comma precedente tra tutti i medici incaricati a tempo indeterminato che né facciano richiesta entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente accordo.

3. Compito del responsabile medico distrettuale di Continuità Assistenziale è la verifica del raggiungimento, da parte di ogni singolo medico di continuità assistenziale del distretto, degli obiettivi fissati dal presente accordo ai fini dell'erogazione dell'incentivo sull'onorario professionale.

4. Compito ulteriore del responsabile medico distrettuale e del coordinatore aziendale è il monitoraggio di tutta l'attività di ciascuna sede di continuità assistenziale presente in ogni ASL. Tale attività ha una finalità esclusivamente statistica e non può essere utilizzata ai fini della verifica e/o del controllo dell'attività.

5. Ciascun distretto fornisce al responsabile medico distrettuale, entro i primi cinque giorni di ogni mese, gli allegati riepilogativi (allegato "A") compilati e sottoscritti dai medici di continuità assistenziale relativi al mese precedente e comunica il numero delle ore effettivamente svolte da ogni singolo medico nonché i giorni in cui è stato svolto il servizio da parte dei medici di continuità assistenziale.

6. Il responsabile medico distrettuale verifica per ogni medico, sulla base della scheda riepilogativa mensile, il raggiungimento dell'obiettivo riferito alle sole visite domiciliari, evidenzia le ore svolte nei

giorni per i quali è prevista la tariffa maggiorata e relaziona al coordinatore medico aziendale.

7. Il coordinatore medico aziendale sulla base delle relazioni trasmesse dai responsabili medici distrettuali, compila una scheda riepilogativa in cui si evidenziano i medici che hanno raggiunto l'obiettivo prefissato e le ore effettivamente svolte nei giorni per i quali è prevista la tariffa maggiorata. Tale scheda è trasmessa, a cura del coordinatore medico aziendale, entro il 10° giorno del mese successivo a quello di competenza, all'ufficio aziendale competente.

8. L'azienda ottenuta la relazione di cui al punto 7, ha l'obbligo di procedere al pagamento dei medici contestualmente al resto delle competenze del mese di riferimento.

9. Per le attività di cui al presente articolo ad ogni medico di continuità assistenziale responsabile distrettuale è riconosciuto una ulteriore remunerazione mensile pari al compenso di 6 ore mensili, omnicomprendente, di attività di Continuità assistenziale, mentre per il coordinatore aziendale è riconosciuta una ulteriore remunerazione mensile pari al compenso di dieci ore mensili, omnicomprendente, di attività di Continuità assistenziale, in deroga a quanto previsto dall'art. 50, comma 2, DPR 270/00.

10. Per le attività dei responsabili medici distrettuali, i Direttori di Distretto mettono a disposizione i registri di guardia medica e idonei ambienti per lo svolgimento dei compiti di cui al presente accordo .

28.00 - DETERMINAZIONE DELLO STORICO AZIENDALE E LIQUIDAZIONE DEI COMPENSI.

1. Le Aziende determinano il numero di visite domiciliari totali effettuate nell'anno 2003 dal servizio di continuità assistenziale e fissano il numero medio di visite domiciliari aziendali riferito alle ore di incarico di continuità assistenziale, entro il 15 gennaio 2004.

2. A tal fine la parte sindacale del comitato regionale, firmataria del presente accordo, entro 7 giorni dalla sottoscrizione, tenuto conto della rappresentatività sindacale ai sensi dell'art. 10, comma 10, DPR 270/00, nomina, limitatamente alla determinazione dello storico, per ciascuna azienda sanitari 3 medici responsabili.

3. Compito di tali medici, congiuntamente al Direttore del Distretto o suo delegato, è la determinazione del numero storico aziendale di visite domiciliari per medico nell'anno 2003.

4. Entro il 5 gennaio 2004, ciascuna azienda consente la consultazione dei registri delle sedi di continuità assistenziale per il conteggio delle visite domiciliari. L'Azienda fornisce, inoltre, il numero totale di ore di continuità assistenziale effettivamente svolte nell'azienda nell'anno 2003.

5. Dal rapporto del numero totale di visite domiciliari aziendali con il numero di ore totali aziendali nell'anno 2003 di continuità si ottiene il numero medio di visite domiciliari per ora aziendale.

6. Entro il 15 gennaio 2004, i responsabili di cui al comma 2 comunicano all'azienda, unitamente a tutta la documentazione relativa ai dati distrettuali, il numero storico aziendale da attribuire ad ogni medico di continuità assistenziale, rapportato a 70 o per 122 ore di incarico.

7. L'Azienda entro la fine del mese di gennaio, tramite il Direttore di distretto, comunica ad ogni medico di continuità assistenziale il proprio numero storico aziendale riferito rispettivamente a 70 o a 122 ore di incarico.

8. Per ogni medico è previsto un compenso aggiuntivo determinato nella misura di Euro 2,21 per ogni ora effettivamente svolta.

9. A far data dal 1 gennaio 2004, mensilmente tutti i medici dell'azienda, che incrementano del 25% il proprio numero storico di cui al punto 5, percepiscono un compenso aggiuntivo pari alla metà del fondo così come determinato al punto 8.

10. A far data dal 1 gennaio 2004, mensilmente tutti i medici dell'azienda, che incrementano del 50% il proprio numero storico di cui al punto 6, percepiscono l'intero fondo così come determinato al punto 8.

11. I compensi aggiuntivi previsti dai punti 9 e 10 non sono cumulabili, in particolare la remunerazione pari all'intero fondo individuale potrà essere percepito solo al raggiungimento del 50% di incremento delle visite.

9; 25% di incremento = 2,25 che si intende arrotondato a 3 visite).

13. Per i compiti di cui al presente articolo, ad ognuno dei medici responsabili, nominati ai sensi del punto 2, è riconosciuto una remunerazione "una tantum" pari a 7 ore, omnicomprensive, di attività e per ogni distretto aziendale, da riconoscere nel mese di febbraio.

14. I medici nominati dal comitato regionale ai sensi del punto 2 del presente articolo godono delle stesse garanzie assicurative previste per le ore di servizio ordinario della continuità assistenziale.

29.00 - ATTIVITÀ SVOLTA NEI PERIODI CON TARIFFA MAGGIORATA

Le ore di attività svolte nei periodi sotto indicati sono remunerate con una tariffa maggiorata di Euro 4,00 per ora effettivamente svolta nei turni dal giorno:

Dal 24 dicembre al 7 gennaio;

dal 1 febbraio al 15 febbraio .

dalla domenica delle Palme al lunedì dell'Angelo;

dal 15 luglio al 21 agosto.

30.00 - CONTRIBUZIONE EMPAM E ASSICURAZIONE

1. Tutti i compensi di cui al presente accordo sono assoggettati a contribuzione EMPAM.

2. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, provvede ad assicurare, senza franchigia, l'automezzo personale del medico limitatamente alle ore di utilizzo per il servizio:

a) per la responsabilità civile verso terzi;

b) per furto, incendio ed atti vandalici;

c) polizza KASKO (automezzo e medico).

3. I medici che svolgono i compiti di responsabile medico aziendale e distrettuale godono delle stesse garanzie assicurative previste per le ore di servizio ordinario della continuità assistenziale. Le aziende si adeguano dalla data di pubblicazione del presente accordo.

4. Salvo quanto previsto all'art. 58, comma 1, DPR 270/00, la regione e le OO.SS. maggiormente rappresentative con successiva intesa disciplineranno le modalità di estensione delle tutele assicurative contro gli infortuni subiti nell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

31.00 - ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Medico di Continuità Assistenziale che effettua una prestazione ai pazienti in ADI, ADP, ADR, UDT e RSA durante le ore di servizio è dovuto un compenso pari a quello previsto per il medico di Assistenza Primaria.

Tali compensi devono essere liquidati con le competenze del mese corrispondente.

32.00 - ZONE DISAGIATISSIME

Per lo svolgimento dell'attività di Continuità Assistenziale nel Comune "Isole Tremiti" identificata dalla Regione come zona disagiatissima, nelle more della nuova regolamentazione, ai medici di continuità assistenziale spetta un compenso accessorio orario del 100% su tutte le voci economiche da

corrispondersi mensilmente a decorrere dalla data di pubblicazione del presente accordo e sino ad emanazione del nuovo regolamento.

I medici di Continuità assistenziale possono svolgere a completamento dell'orario attività di Pronto soccorso estivo, ufficiale sanitario, e sostituzioni di Medico di Assistenza Primaria. I compensi per tali attività sono determinate a livello del Comitato aziendale.

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DI MEDICINA DEI SERVIZI (DPR 270/2000 ALLEGATO N)

33.00 - RAPPORTO OTTIMALE

Ai fini della rilevazione delle zone carenti il massimale da attribuire ad ogni medico di medicina dei servizi che detiene il doppio rapporto e' uguale a 1.000.

34.00 - COMPITI DEL MEDICO

Il medico di medicina dei servizi, sentito il comitato aziendale di cui all'art. 11 DPR 270/00, partecipa ai programmi di assistenza domiciliare di cui all'art. 32 DPR 270/00. Il compenso per tale attività e' determinato in misura pari a quello stabilito per i medici di assistenza primaria.

35.00 - MASSIMALE ORARIO/SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. Premesso che l'assistenza per 1500 pazienti in carico equivale a 40 ore di lavoro settimanale, in caso di un medico di medicina dei servizi che abbia anche l'iscrizione negli elenchi dei medici di assistenza primaria, l'impegno orario settimanale nella medicina dei servizi deve essere automaticamente ridotto a 28 ore settimanali.

2. L'impegno orario di 28 ore settimanali non subisce ulteriori riduzioni fino al raggiungimento di 500 scelte.

3. In caso di aumento delle scelte oltre 500 si applica la riduzione di 1 ora per ogni 37,5 pazienti acquisiti.

36.00 - PARTECIPAZIONE AI PROGETTI OBIETTIVO

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti obiettivo predisposti e realizzati a livello aziendale e distrettuale. Il compenso professionale in ragione delle risorse assegnate e dei risultati raggiunti, sentito il comitato aziendale di cui all'art. 11 DPR 270/00, e' fissato in una quota variabile aggiuntiva dal 30% e fino ad un massimo del 50% del compenso professionale orario.

37.00 - FUNZIONI DI COORDINAMENTO E ORGANIZZATIVE

Ai Medici titolari di incarico nell'ambito di specifiche attività di particolare rilevanza aziendale, è riconosciuta a livello aziendale una quota aggiuntiva nella misura massima del 20% della quota oraria.

38.00 - INQUADRAMENTO NEL RUOLO SANITARIO DEI MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI CON ALMENO 5 ANNI DI TITOLARITÀ DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO. ART. 8 COMMA

In attesa della definizione delle nuove dotazioni organiche delle AA.UU.SS.LL. definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del D.Lgs 3 febbraio 1993 n. 29 e, successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al DPCM 12 dicembre 1997 N.502, il comitato regionale valuta e propone le modalità attuative per l'inquadramento in ruolo dei Medici della Medicina dei Servizi, nei limiti dei posti vacanti previsti nelle richiamate dotazioni organiche.

39.00 - VISITE FISCALI.

Ai Medici incaricati a tempo indeterminato spettano, qualora si avvalgono del proprio automezzo per l'effettuazione di visite fiscali a carico del datore di lavoro ai sensi dell'art. 5 della Legge 20 maggio 1970 n. 300, i corrispettivi indicati dal Ministero del Lavoro. Tali emolumenti non sono tassabili ai fini IRPEF, trattandosi di rimborso per spese di trasporto.

NORMA FINALE 1

Entro il 31/10/2003 si procederà alla verifica da parte del Comitato Regionale di cui all'art. 12 del DPR 270/00 del sistema di incentivazione relativo ai medici di continuità assistenziale per la individuazione di eventuali motivate variazioni del sistema.

NORMA FINALE 2

Tutti i compensi previsti dal presente accordo integrativo regionale per i MMG sono aggiuntivi anche rispetto agli incrementi derivanti dal rinnovo dell'ACN.

NORMA FINALE 3

Il presente accordo resterà in vigore, in regime di prorogatio legis, fino alla stipula del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

NORMA FINALE 4

Le percentuali di cui all'art. 10.02, commi 1 e 2, saranno oggetto di revisione semestrale da parte del Comitato Regionale.

NORMA FINALE 5

Con riferimento alla percentuale di cui all'art. 11, comma 1, si precisa che sono fatte salve le collaborazioni di studio già autorizzate a livello aziendale sino alla data di sottoscrizione del presente accordo.

NORMA FINALE 6

In relazione alla norma finale 6 del DPR270/00 si precisa che il riferimento legislativo è l'art.3 del D.Lvo

168 del 07/06/2000. Pertanto, possono presentare domanda, nei termini stabiliti, per l'inclusione nella graduatoria regionale di medicina generale unicamente i medici che frequentano il II° anno del corso biennale di medicina generale, qualora lo stesso sia iniziato in ritardo, autocertificando il requisito.

ALLEGATO B

Assistenza domiciliare integrata

PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio capace di soddisfare le esigenze di tutti i pazienti di qualsiasi età, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi di natura socio - sanitaria (assistenza infermieristica, riabilitazione, interventi del Medico di assistenza primaria, dello specialista, ecc.) ad interventi di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) e di volontariato.

Per raggiungere tale obiettivo è indispensabile che il Medico di assistenza primaria operi in stretto collegamento con la struttura assistenziale distrettuale sia medica, compresa la specialistica ambulatoriale interna, sia infermieristica e con la UVS. L'Azienda, infatti, in ogni Distretto istituisce le Unità di Valutazione Sanitaria (UVS).

Come prevede il P.S.N. si ritiene necessario attivare o potenziare i servizi di ADI in modo da assistere pazienti non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità attraverso la destinazione di quota parte delle risorse finanziarie regionali. L'ADI infatti deve essere considerata un intervento essenziale per l'assistenza sanitaria di primo livello e pertanto deve essere a giusto titolo garantita in maniera uniforme in tutto il territorio Regionale.

1- DEFINIZIONE

L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, psicologiche, riabilitative, infermieristiche, socio - sanitarie, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali, afferenti al Distretto o alla ASL competenti per territorio, interessate al singolo caso, nonché ai Comuni per la parte relativa ai Progetti Obiettivo concordati con le AUSL. La mancata attivazione di Progetti Obiettivo da parte del Comune non pregiudica l'erogazione dell'intervento sanitario. Il Medico di assistenza primaria resta il punto di riferimento per l'Assistenza Sanitaria Domiciliare e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per pazienti non autosufficienti.

2 - COMPITI

Il Medico di assistenza primaria nell'ambito di interventi assistenziali :

Ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;

Tiene la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale gli operatori sanitari riportano gli interventi.

Previo accordo con il Dirigente di Distretto:

Attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;

Coordina gli operatori per rispondere ai bisogni dell'ammalato.

L'Assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal Medico di assistenza primaria che dalla Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio - sanitarie del paziente.

3. - OBIETTIVI

Favorire il reinserimento sociale del paziente attraverso l'aumento della sua autosufficienza.

Promuovere e favorire la permanenza dei pazienti in famiglia in alternativa al ricovero ospedaliero ed alle residenze protette.

Ridurre il consumo dei farmaci.

Ottimizzare l'uso di prestazioni diagnostiche e/o riabilitative.

Favorire interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare.

Vigilare, nell'ambito delle proprie competenze, a che sia garantita la qualità di vita del paziente.

Adottare sistemi uniformi di valutazione del grado di autosufficienza dei pazienti nonché altri modelli di analisi dei bisogni e delle risposte più opportune di tipo sanitario e socio - assistenziale.

Creare reti di interventi tra loro fortemente integrati, afferenti alle AUSL o ai Distretti, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi di salute del paziente.

Assicurare continuità terapeutica post dimissione ospedaliera

Permettere il lavoro integrato territorio - ospedale

Realizzare interventi di educazione sanitaria sia sul paziente che sulla famiglia.

Ridurre i costi globali assistenziali senza modificarne negativamente la qualità.

4 - ATTIVAZIONE

Le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

Malati terminali

Pazienti oncologici non autosufficienti

Pazienti con incidenti vascolari acuti

Pazienti con gravi fratture

Pazienti con forme psicotiche gravi

Pazienti in riabilitazione domiciliare

Pazienti con malattie temporaneamente invalidanti(forme respiratorie e altro)

Dimissione protetta da strutture ospedaliere

Pazienti affetti da patologie infettive ad alta rilevanza sociale (epatite virale, tifo, AIDS, ecc.)

In ogni caso l'ADI sarà attivata nell'ambito dei livelli assistenziali Aziendali.

5 - METODOLOGIA D'INTERVENTO

Il servizio viene attivato dal Medico di assistenza primaria di concerto col responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto di residenza dell'interessato su segnalazione di:

Responsabile del Dipartimento ospedaliero all'atto delle dimissioni

Medico di assistenza primaria

Servizi sociali

Familiari del paziente

Per ogni singolo paziente il Medico di assistenza primaria predispone un articolato programma di interventi socio - sanitari. Tale programma dovrà essere concordato con il responsabile del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori dell'AUSL, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.

Il Dirigente del Distretto comunica l'ingresso in ADI del paziente alla UVS ospedaliera, alla UVST entro 48 ore.

L'impegno del Medico di assistenza primaria è quello di assicurare le visite domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, nonché la continuità terapeutica dopo la dimissione ospedaliera, la tenuta e l'aggiornamento di una cartella clinica unificata capace di raccogliere tutte le informazioni sanitarie utili alla corretta gestione clinica del paziente.

6 - UNITA' DI VALUTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE (UVST)

L'UVST è costituita in ogni Distretto, utilizzando il personale a rapporto di dipendenza o convenzionale con l'AUSL di seguito specificato:

Medico di assistenza primaria avente in carico il paziente

Medico funzionario ex art. 47 DPR 484/96

Medico specialista interessato per competenza

Infermiere professionale capo sala

Assistente sociale

Gli interventi assistenziali potranno essere di due tipi:

Tipo 1 Ad alto impegno assistenziale Max 3 interventi sanitari nelle 24 ore

Tipo 2 A medio impegno assistenziale Max 3 interventi sanitari alla settimana, di norma a giorni alterni

Gli interventi verranno effettuati a domicilio del paziente o presso residenze collettive, dal Unità Operativa Domiciliare (UOD) che è chiamata a realizzare gli interventi previsti nel programma assistenziale individualizzato. Del UOD fanno parte:

Medico di assistenza primaria

Specialista interessato per competenza

Medico di medicina dei servizi

Infermiere professionale

Terapista della Riabilitazione

Psicologo

Assistente sociale

Operatori Socio Assistenziali (OSA)

7 - COMPETENZE DEI SOGGETTI NELL'ADI

7.1 - MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Ha la titolarità degli interventi diagnostici e terapeutici e della prescrizione dei presidi ritenuti necessari per il trattamento della specifica patologia del paziente. Per la definizione dell'indirizzo diagnostico e terapeutico potrà avvalersi della consulenza domiciliare degli specialisti ambulatoriali competenti. Per gli interventi terapeutici si avvarrà degli operatori della UOD. E' inoltre chiamato a verificare la puntuale esecuzione di tutti gli interventi previsti per lo specifico paziente.

7.2 - MEDICI SPECIALISTI

Intervengono su richiesta del Medico di assistenza primaria, a domicilio del paziente, per collaborare con questo, in qualità di consulenti.

7.3 - RESPONSABILE SANITARIO DISTRETTUALE DELLE ADI

Raccoglie le richieste di attivazione dell'ADI e concorda col Medico che ha in carico il paziente, entro 24-48 ore dal ricevimento della richiesta, le prime modalità di espletamento dell'ADI, come previsto dal punto 4 art.2 allegato H del DPR 484/96. In caso di mancata risposta, nell'interesse della tutela della salute del paziente, prevale il criterio del silenzio - assenso.

7.4 - MEDICI DEI SERVIZI E MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Possono collaborare col Medico del paziente nella attuazione dei programmi diagnostici e terapeutici.

7.5 - INFERMIERI PROFESSIONALI

Nell'ambito dei loro profili professionali sarà preminente:
assistenza durante la terapia infusione;
controllo delle funzioni fisiologiche e metaboliche;
vigilanza sulla comparsa di lesioni cutanee da decubito;

controllo dell'igiene e pulizia della persona e degli ambienti.

7.6 - TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Elaborano di concerto col Medico curante un piano terapeutico riabilitativo che abbia come primo scopo il recupero dell'autonomia funzionale, e nel rispetto delle professionalità dei singoli operatori, interviene sui familiari per indicare i migliori comportamenti da adottare per ottenere questo scopo primario.

Attiva metodiche specifiche rieducative per la ripresa del paziente (FKT, LT, OT).

7.7 - PSICOLOGO

Elabora un profilo psicologico del paziente, ne analizza i risvolti relativi alla situazione patologica e riferisce al Medico.

Interviene personalmente come supporto agli operatori (molto importante per chi segue ammalati terminali), all'ammalato ed ai suoi familiari.

7.8 - ASSISTENTE SOCIALE

Ha il compito di realizzare e, ove necessario, di coordinare gli interventi mirati al mantenimento del precedente livello di integrazione sociale.

Deve curare il disbrigo di pratiche sociali e sanitarie.

7.9 - OPERATORI SOCIO ASSISTENZIALI (OSA)

Provvede alle pulizie ed al riordino dell'abitazione dell'anziano, all'igiene dei servizi, alla dispensazione e, se necessario, alla preparazione dei pasti e alla somministrazione degli stessi, all'aiuto domestico in genere.