

REPUBBLICA ITALIANA

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA PALERMO - VENERDÌ 28 SETTEMBRE 2007 - N. 46 SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927

AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 8 agosto 2007.

Esecutività dell'accordo regionale di assistenza primaria.

L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regione in data 23 marzo 2005 ed in particolare l'art. 14, nella parte in cui demanda alla contrattazione regionale la definizione di alcuni istituti contrattuali relativi alle attività di assistenza primaria di cui al capo II;

Visto il decreto n. 9324 del 19 dicembre 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 3 del 19 gennaio 2007, con il quale, a stralcio dell'accordo regionale di medicina generale, atteso il carattere d'urgenza, è stato reso esecutivo l'accordo regionale in materia di "assegnazione a tempo indeterminato di incarichi di assistenza primaria";

Visto l'accordo regionale intervenuto in data 13 luglio 2007 tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria, ratificato dal Comitato permanente regionale di medicina generale nella seduta del 23 luglio 2007, relativamente alla disciplina degli istituti di assistenza primaria demandati alla contrattazione decentrata;

Considerato che gli effetti economici di cui al presente accordo decorreranno dal 1° gennaio 2008 e che la somma per far fronte agli istituti economici nello stesso previsti troverà capienza all'interno delle quote che saranno attribuite alle aziende unità sanitarie locali, con l'assegnazione di Fondo sanitario regionale parte corrente per l'esercizio finanziario 2008;

Ritenuto, pertanto, di dover rendere esecutivo il sopracitato accordo, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1

E' reso esecutivo l'accordo regionale di assistenza primaria, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante, sottoscritto tra questa Regione e le organizzazioni sindacali di categoria in data 13 luglio 2007 e ratificato in data 23 luglio 2007 dal Comitato permanente di medicina generale, relativo agli istituti normativi ed economici di cui al capo II - assistenza primaria - dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regione in data 23 marzo 2005.

Art. 2

Gli effetti finanziari di cui al presente Accordo regionale di assistenza primaria decorreranno a far data dal 1° gennaio 2008 e troveranno capienza nelle quote che si attribuiranno alle aziende unità sanitarie locali con l'assegnazione di Fondo sanitario regionale parte corrente per l'esercizio finanziario 2008.

Il presente decreto sarà trasmesso agli organi di controllo e successivamente pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 8 agosto 2007.

LAGALLA

ACCORDO REGIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA

La Regione Sicilia, nel rispetto della normativa vigente e del P.S.N. e P.S.R., nell'intento di un uso appropriato delle risorse, stipula con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale il presente accordo secondo quanto recitato dall'Accordo Stato-Regione del 23 marzo 2005 allegato.

Tale accordo ribadisce il ruolo centrale del medico di medicina generale (M.M.G.) quale garante e gestore della salute globale del cittadino nel territorio, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, potenziamento delle cure domiciliari e dell'assistenza dell'anziano, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.

Le parti, quindi, condividono l'esigenza:

- di garantire i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) sanitaria in maniera omogenea sul territorio regionale;
- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
- di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi assistenziali socio-assistenziali, mirando contestualmente all'ulteriore qualificazione dell'assistenza socio-assistenziale territoriale sanitaria.

Tali obiettivi comprendono azioni strategiche tese alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e alla riduzione del tasso di ospedalizzazione con l'incremento delle prestazioni assistenziali ambulatoriali, distrettuali e domiciliari.

A tal fine col presente accordo regionale si intende promuovere:

- la formazione continua del medico;
- la qualificazione degli studi medici mediante l'informatizzazione e la disponibilità di collaboratori di studio ed infermieri;
- l'incremento e la regolamentazione delle forme associative, per una più ampia accessibilità ai servizi da parte dell'utenza;
- alcune prestazioni aggiuntive tese ad aumentare tale accessibilità e fruibilità del servizio da parte dell'assistito;
- la funzionalità dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- la costituzione di forme di lavoro innovative come momento organizzativo funzionale (équipe territoriale) e strutturale (U.T.A.P.) finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori (medici di medicina generale, P.L.S., continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali del distretto, presidi ospedalieri e specialisti convenzionati esterni e ospedalieri anche per la riduzione delle liste di attesa);
- l'adozione a livello regionale di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi socio-assistenziali condivisi e concordati con le OO.SS firmatarie dell'A.S.R. per patologie di particolare rilevanza e con la partecipazione delle società scientifiche;
- lo sviluppo della telemedicina tenendo conto dell'appropriatezza e pertinenza delle prestazioni;
- l'integrazione e l'adesione al sistema informativo socio-sanitario;
- la valorizzazione del distretto.

Il distretto rappresenta infatti il momento organizzativo fondamentale delle aziende unità

sanitarie locali, cui il servizio sanitario regionale (S.S.R.) demanda l'integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali, secondo quanto previsto nelle linee guida del distretto da 2001. Nel distretto assume un ruolo fondamentale il medico di famiglia (MdF) già riconosciuto in qualità di case-manager, sia come gestore nell'assistenza sanitaria territoriale, come garante e mediatore tra il bisogno-domanda di salute e la risposta che deve essere garantita dal S.S.R., sia per il coinvolgimento nelle problematiche distrettuali con la sua partecipazione attiva al monitoraggio delle relative attività e alla osservazione degli aspetti gestionali relativi all'uso delle risorse assegnate al distretto.

Quanto in premessa presuppone che la Regione, avendo posto al centro del sistema l'uomo e la famiglia con i suoi bisogni, riconosce la centralità del MdF nell'assistenza del territorio che in qualità di case manager, opererà secondo i principi di efficacia e di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse riducendo gli sprechi e i trattamenti non appropriati quali l'accesso al ricovero ospedaliero, alle prestazioni di pronto soccorso, alle cure specialistiche, alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche attraverso l'osservanza delle condizioni e limitazioni contenute nei provvedimenti di legge e l'incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e all'educazione sanitaria del cittadino.

In tale contesto appare essenziale che:

A) i livelli di spesa programmabili siano in grado di determinare flussi di finanziamento particolarmente a favore dell'assistenza territoriale e primaria;

B) le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, con la razionalizzazione di tutte le prestazioni indotte, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali più qualificati, efficaci e rispondenti a domande inevase e, in parte, per alimentare le risorse di progetto-obiettivo nell'ambito della assistenza primaria;

C) le AUSL, ai fini del monitoraggio di cui all'art. 25, comma 5, dell'A.S.R., attivino la commissione di cui all'art. 27, comma 4, dello stesso.

Ai fini di una corretta attuazione degli impegni presi dalle parti con il presente accordo, infine, si precisa quanto segue:

- il MdF convenzionato con il SSN è un medico libero professionista (come sancito dall'abolizione degli istituti ricollegabili alla dipendenza e dalla sentenza 22 novembre 1999, n. 813 della Suprema Corte di cassazione a sezioni unite), che accetta obblighi e compensi previsti dall'A.S.R. e dagli accordi regionali ad esso connessi, l'uno e gli altri liberamente sottoscritti dalle parti in causa: tutto quanto non previsto espressamente, nei suddetti regolamenti con valore di legge, ricade nell'attività libero professionale, normata solo dalla legislazione vigente, nazionale e regionale, e dal codice deontologico dell'ordine dei medici;

- variazioni di compiti e accordi con altri settori della sanità, che interessino il medico di assistenza primaria, devono preventivamente essere discussi e concordati con le organizzazioni sindacali di categoria firmatari dell'A.S.R.;

- sarà compito dell'Assessorato regionale della sanità e delle singole aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere divulgare all'interno delle stesse e agli altri settori del mondo sanitario le norme del presente accordo integrativo, al fine della puntuale e corretta applicazione, anche ricorrendo al preliminare confronto fra le parti interessate;

- l'Assessorato regionale della sanità garantisce la vigilanza sul rispetto del presente accordo da parte delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali;

- il presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Palermo, nella qualità di ordine capofila, che firma il presente accordo per la parte deontologica, inviterà i presidenti delle altre province a vigilare sul rispetto di quanto sottoscritto e a intervenire con tutti i loro poteri per la loro competenza.

Il medico di medicina generale (M.M.G.), oltre ai vari compiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione deve avere consapevolezza dei costi generati per l'assistenza dai pazienti a lui affidati onde poter praticare scelte appropriate, efficaci ed efficienti. Altresì

appare pre-requisito opportuno che i singoli operatori devono potersi "misurare" (sistemi di audit) con adeguati sistemi di reportistica e di valutazione dei risultati ottenuti mediante sistemi informatici per poter implementare modelli di governo clinico almeno per quelle patologie a maggiore impatto e prevalenza. Tutto ciò renderà sempre più possibile la corresponsabilizzazione da parte dei singoli operatori sanitari in ogni fase del percorso assistenziale basandosi su una valutazione del loro operato in base a criteri e standard prefissati e finalizzati alle performances raggiungibili nel territorio, determinando un circolo virtuoso che possa permettere una maggiore razionalizzazione e qualificazione delle cure offerte dal S.S.R.

Il recente Accordo Stato-Regioni, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, ha individuato delle linee fondamentali su cui le singole Regioni devono elaborare programmi di governo clinico:

- 1) un ampio potere organizzativo in materia sanitaria alle Regioni;
- 2) l'integrazione del medico di medicina generale nel S.S.R.;
- 3) la responsabilizzazione dei medici di medicina generale sugli obiettivi di programmazione regionale, rese esecutive dalle varie AUSL;
- 4) uno specifico trattamento economico, in parte variabile e collegato al raggiungimento di obiettivi;
- 5) l'introduzione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'assistenza primaria, quali le unità territoriali di assistenza primaria;
- 6) la riorganizzazione della continuità dell'assistenza;
- 7) sistema emergenza urgenza (SUES);
- 8) un ruolo nevralgico nella realizzazione del Piano regionale di prevenzione.

Tutto ciò implica in primo luogo un forte impegno sulla condivisione di tali principi, quali:

- 1) il riconoscimento del ruolo insostituibile del medico di medicina generale per l'assistenza primaria;
- 2) l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi da parte del medico di medicina generale.

Il presente accordo regionale deve, pertanto, tener conto di quanto sopra, senza derogare ai principi sull'uniformità dei L.E.A. e sulle garanzie per i medici professionisti fissate dalla disciplina generale, avendo come punti di riferimento del presente accordo sono il piano sanitario nazionale 2003-2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, e l'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004, tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Per dare attuazione al presente Accordo, sono necessarie almeno due condizioni:

- 1) coordinare i nuovi principi con gli atti regionali di programmazione socio-sanitaria;
- 2) operare secondo una logica di sistema, per mettere insieme Regione, aziende UU.LL.SS., distretti socio-sanitari e medici di medicina generale nelle varie fasi del processo di riorganizzazione delle cure primarie.

Alle cure primarie viene riconosciuto un ruolo centrale per l'assistenza al paziente restituendo a ciascun ambito di cura le competenze proprie.

Infatti l'eventuale persistenza del modello ospedalocentrico comporta che:

- 1) i pazienti non vengono valutati con impostazione generalista prima di essere avviati ad un eventuale percorso specialistico con il rischio di affidarsi a medici competenti nel trattamento di una specifica patologia, senza aver prima individuato il problema da affrontare con una valutazione complessiva della persona malata;
- 2) gli specialisti ospedalieri rischiano di non essere più tali poiché non si occupano di casistica selezionata ma di casistica generale;
- 3) i medici di assistenza primaria perdono il contatto con numerose patologie frequenti e croniche, prese in carico impropriamente a livello specialistico, cosicché il sistema perde

progressivamente capacità di governo clinico;

4) l'attività di ricovero diventa sempre più "autoreferenziale" con aumento della variabilità delle decisioni di esecuzione per molti interventi e procedure invasive anche in relazione alle spinte dell'offerta;

5) i tempi di attesa diventano eccessivi per prestazioni specialistiche, a causa di ambulatori intasati per attività non appropriate.

E' fondamentale e preliminare la definizione di un progetto formativo comune tra professionisti territoriali ed ospedalieri finalizzato alla condivisione degli approcci diagnostico terapeutici necessari per realizzare la continuità di cura e del reciproco riconoscimento delle specifiche professionalità e competenze. L'integrazione tra medici di assistenza primaria e medici specialisti territoriali ed ospedalieri si deve esplicitare anche sul versante della comunicazione informativa, ovvero sulla messa a punto e sull'utilizzo di un sistema informativo integrato, che consenta uno scambio efficiente ed efficace delle informazioni.

Al fine di dare piena attuazione all'integrazione tra territorio e ospedale, alla continuità dell'assistenza, all'appropriatezza dei percorsi assistenziali, risulta strategico individuare ed attribuire obiettivi ben individuabili. Per quanto prescritto dal decreto n. 890/02 (accreditamento istituzionale) è obbligatoria, da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private, l'adozione con i M.M.G. di specifici protocolli che garantiscono la continuità assistenziale in fase di dimissione ospedaliera. Questo perché può sussistere il rischio di un peggioramento della qualità dell'assistenza erogata, a seguito della qualificazione e riduzione dell'offerta ospedaliera senza un adeguato e parallelo sviluppo di servizi alternativi.

L'Accordo regionale intende recepire ed integrare gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'A.S.R. del 23 marzo 2005. Esso si pone in una prospettiva di continuità rispetto al sistema di concertazione e partecipazione costruito tra la Regione, le aziende UU.LL.SS. ed i medici convenzionati e costituisce altresì un sostanziale consolidamento del processo di programmazione e di gestione della medicina convenzionata. Va sottolineato al contempo che vi sono alcuni importanti elementi innovativi. Lrappresenta un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della medicina convenzionata, all'interno della quale le aziende UU.LL.SS., in sintonia con le OO.SS. dei medici convenzionati, definiscono l'organizzazione dell'assistenza nel territorio.

L'Accordo mira a privilegiare la reale concretizzazione dei servizi rispetto alla loro attuazione formale e burocratica; tale implementazione deve avvenire in maniera graduale, facendo sì che il cambiamento della modalità di offerta dei servizi sia accompagnato e guidato da un contestuale mutamento culturale dei professionisti, figure che devono condividere e partecipare attivamente al processo di integrazione e di creazione di un sistema d'offerta unitario in ambito territoriale. Questo principio dovrà dunque configurarsi come il frutto di una negoziazione tra le parti. A supporto del processo di cambiamento si ritiene indispensabile la progettazione a livello aziendale di un'attività formativa continuativa rivolta ai medici delle cure primarie ed integrata con altre figure professionali.

Un ulteriore principio cardine su cui si fonda il presente Accordo regionale riguarda la partecipazione dei medici di medicina generale nell'appropriata allocazione delle risorse, la loro responsabilizzazione e coinvolgimento nel governo dei fattori e nella eliminazione di eventuali sprechi, finalizzati del potenziamento dei processi assistenziali territoriali.

I passaggi logici che guidano l'intero processo possono essere così sintetizzati:

- 1) dalla cura della malattia all'assistenza globale della persona;
- 2) dall'approccio per prestazione (output) all'approccio per processo e alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome);
- 3) dalla produzione di singole prestazioni e dalla frammentarietà delle specializzazioni alla

progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati finalizzati all'assistenza della persona;

- 4) dall'approccio solo individuale alla dimensione di servizio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia, inserito nella Comunità;
- 5) da un rapporto discontinuo medico-paziente ad un rapporto continuo medico-paziente;
- 6) da una medicina d'attesa ad una medicina di opportunità e di iniziativa;
- 7) da cure frammentate a una cura integrata;
- 8) da una serie di servizi non prevedibili ad una serie di pacchetti di servizi ben definiti;
- 9) dal possesso di un archivio cartaceo ad un archivio informatico con accesso alla rete;
- 10) da servizi orientati al paziente a servizi orientati individuali e alla comunità;
- 11) da una gestione casuale delle patologie croniche ad un sistema integrato di disease management;
- 12) da una riduzione dei costi ad una minimizzazione dei costi mediante prestazioni appropriate e controllo dei processi di cura.

Il presente Accordo, quindi, si concentra prevalentemente sulla modalità di offerta dei servizi e su come essi intervengano nella risoluzione dei problemi di salute. Al centro del sistema viene posto il paziente, inteso nella sua globalità, modificando il ruolo del MMG da "gatekeeper" a "case manager".

Pertanto il medico diviene parte integrante del sistema, anello di congiunzione tra i pazienti e l'intera gamma di strutture d'offerta delle aziende UU.LL.SS. Al medico viene demandato il compito di care e case-manager del processo primario, di presa in carico complessiva e globale dei pazienti, di gestore del budget (inteso come obiettivi su risorse) ovvero:

- 1) di lettura e di interpretazione dei bisogni degli assistiti;
- 2) di promozione della salute con interventi appropriati ed efficaci;
- 3) di offerta di prestazioni;
- 4) di compartecipazione nell'organizzazione ed erogazione di alcuni servizi;
- 5) di "orientatore" del paziente all'interno del complesso Sistema socio-sanitario.

Ne consegue un cambiamento del ruolo assegnato ai medici di assistenza primaria che, pur rimanendo gli attori principali nell'assistenza territoriale, vengono visti in un'ottica congruente con gli altri soggetti del sistema ed integrati con gli altri servizi.

Per quanto sopra la medicina generale è per sua natura la specialità medica che più di tutte le altre riesce ad interfacciare la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie divenendo, quindi, quel comparto che meglio si presta per studiare le dinamiche della filiera di prestazioni che si dipana tra il primo, il secondo ed il terzo livello assistenziale. Assumersi l'onere di sperimentare con programmi di studio condivisi fra le organizzazioni sindacali firmatarie dell'A.S.R. e le parti pubbliche (Regioni per la progettualità e le A.S.L. e di distretti per l'attuazione) potrà permettere la premessa indispensabile per il raggiungimento dell'equilibrio tra bisogni e risorse che, se non conseguito nel breve periodo, potrebbe portare alla destabilizzazione dell'intero servizio sanitario.

Tutto quanto sopradescritto appare realizzabile con l'implementazione e lo sviluppo di un Sistema informativo sanitario (S.I.S.) regionale al fine di poter raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- *gestione del ciclo di prescrizione, diagnosi e cura* - Il sistema permette la rapida identificazione del cittadino, visualizzandone i dati anagrafici e le eventuali esenzioni assegnate. Con l'uso di una cartella clinica informatizzata integrata con il S.I.S., il medico può prescrivere, firmare elettronicamente e stampare ricette per farmaci, prestazioni ambulatoriali, richieste di ricovero e memorizzare tutte queste informazioni nel sistema, rendendole disponibili anche agli altri operatori sanitari per il proseguimento del processo di cura;
- *consultazione della storia clinica dell'assistito (esami e ricoveri)* - Il sistema permette al

medico di consultare, direttamente dal proprio studio, gli eventi sanitari e i referti relativi agli assistiti in carico. Al medico viene inviata notifica, via posta elettronica, degli accessi in pronto soccorso, dei ricoveri e della presenza di altri referti consultabili dei propri assistiti. In questo modo il medico ha a disposizione un valido supporto alla propria attività diagnostica;

- *prenotazione di visite ed esami diagnostici* - Il medico può prenotare direttamente dallo studio visite ed esami;

- *scambio di informazioni sanitarie attraverso la rete S.I.S.* - Il sistema garantisce una più semplice diffusione delle informazioni tra gli operatori della socio-sanità favorendo la collaborazione tra il medico curante e i medici ospedalieri, attraverso strumenti quali la posta elettronica sicura (es. invio di dati riservati tramite meccanismi di cifratura). In questo modo il medico ha la possibilità di confrontarsi e consultarsi con altri specialisti, qualora lo ritenga necessario per la cura del cittadino;

- *strumenti di supporto all'operatività di studio* - Il sistema consente al personale di studio di operare all'interno del S.I.S. supportando l'attività di preparazione di prescrizioni per il medico, che potrà successivamente confermare con la propria firma elettronica. Il sistema fornisce inoltre i supporti informatici (infrastrutturali ed applicativi) al fine di favorire lo sviluppo delle forme associative, in linea con l'evoluzione prevista ai fini della costituzione dei gruppi per le cure primarie.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato al momento dell'entrata in vigore del presente accordo devono adempiere all'obbligo di cui al comma 11, lettera b), articolo 59, A.S.R. 230305 dall'1 gennaio 2007 secondo le modalità previste ai punti a, b, c, del comma 12 del predetto articolo dell'A.S.R.

Art. 1

Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie

1. Oltre a quanto già previsto nel decreto del 12 gennaio 2004 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 9 del 27 febbraio 2004), detto Osservatorio, avente sede presso il dipartimento Ispettorato regionale sanità, dovrà vigilare sul rispetto della normativa vigente. Eventuali anomalie riscontrate su segnalazione dei sanitari operanti nel S.S.N., saranno verificate dall'osservatorio e comunicate entro 30 giorni dalla data della comunicazione da parte dell'azienda U.S.L. competente per i relativi provvedimenti.

Art. 2

Protocollo dei rapporti con gli specialisti (ambulatoriali interni, preaccreditati, accreditati, ospedalieri, universitari)

1. I rapporti tra specialista e MdF devono essere fondati sul reciproco rispetto, nell'osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.

2. Il MdF è il responsabile primario dell'assistenza personale integrale dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato. I medici specialisti, dipendenti da strutture pubbliche o accreditate, rappresentano i consulenti che il S.S.N. mette a disposizione del M.M.G. per l'eventuale approfondimento diagnostico-terapeutico delle patologie presunte o presenti di cui i cittadini da lui assistiti sono affetti.

3. La richiesta di visita o indagini specialistiche, nel rispetto della legge sulla privacy, è corredata della diagnosi o del sospetto diagnostico: ove ne riscontri l'opportunità, il MdF potrà illustrare il quesito clinico allo specialista tramite colloquio personale o telefonico o

lettera di accompagnamento.

4. L'accesso alla consulenza specialistica non può essere consentito senza la richiesta del medico di assistenza primaria, salvo i casi rientranti nell'accesso diretto e previsti nell'A.S.R.

5. La consulenza richiesta dal medico curante è rivolta allo stesso e quindi la risposta al quesito gli deve essere consegnata in busta chiusa tramite il paziente che deve essere successivamente informato dal proprio medico di fiducia.

6. In caso di accessi diretti lo specialista ambulatoriale interno formula direttamente sul ricettario regionale le relative richieste, nei limiti della legge vigente e sempre facendo salva la completa informazione del medico di M.M.G.

7. Quando il M.M.G. richieda solo indagini, lo specialista deve limitarsi all'esecuzione di esse, senza trascurare l'annotazione del "range" di normalità.

8. Al termine della consulenza (presa visione, senza altra richiesta del curante, di eventuali indagini o ulteriori consulenze richieste), lo specialista formula la diagnosi consigliando l'indirizzo terapeutico, indicando i principi attivi, e l'eventuale programma di monitoraggio. L'eventuale cambio della terapia, instaurata dal curante, dovrà essere motivato secondo i criteri dell'EBM (medicina basata sull'evidenza) sentenza della Cassazione del 1997.

9. Non è consentita la riprenotazione automatica del paziente, senza il preventivo consenso del MdF, salvo i casi di "passaggio in cura", più avanti esplicitati.

10. La relazione, su ricetta bianca, del consulente specialista deve essere leggibile e deve obbligatoriamente riportare: data, nome e cognome del paziente, intestazione dell'ente o del reparto, timbro per l'identificazione dello specialista, comprensivo del codice ENPAM, e firma: non sono consentiti moduli che prevedano la selezione dei singoli esami prestampati mediante biffatura o altra evidenziazione.

11. In nessun caso si potrà far carico al medico di famiglia di prescrizioni che non vengano condivise (principio di scienza e coscienza) o che siano improprie.

12. L'assunzione in cura del paziente da parte dello specialista (cosiddetto "passaggio in cura") può avvenire solo su richiesta motivata del MdF oppure, in casi eccezionali, per urgenti necessità terapeutiche e/o diagnostiche; in tal caso lo specialista darà motivata comunicazione, in busta chiusa, al MdF, che non sarà tenuto a formulare ulteriori richieste di consulenze per lo stesso specialista né ulteriori proposte di accertamenti.

13. La relazione di dimissione del paziente dalla struttura pubblica o accreditata dovrà contenere diagnosi completa, terapia praticata e consigliata indicando il principio attivo, monitoraggio programmato; per i pazienti per i quali, comunque, siano previsti e programmati, per la definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, successivi controlli o interventi motivati, l'accesso alla struttura pubblica deve essere diretto entro il 30° giorno.

14. Dopo la dimissione del paziente, anche da reparti di alta specializzazione, esclusivamente il MdF seguirà il paziente, sulla scorta del monitoraggio consigliato, salvo terapie specialistiche eseguibili solo in ospedale o esigenze dello stesso curante che possono sfociare nell'assistenza domiciliare integrata.

15. Deve rendersi reale la possibilità di accesso del MdF negli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione (applicazione dell'art. 49 A.S.R.).

16. Per quanto non previsto qui sopra fanno testo l'A.C.N. e il codice di deontologia medica.

Art. 3

Linee guida per la prescrizione

Presso la Regione siciliana trovano applicazione il decreto del dipartimento I.R.S. 19 settembre 2005 "Linee guida prescrittive" e l'art. 9 della legge regionale n. 12/07 "Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza

farmaceutica convenzionata".

La prescrizione dei farmaci deve rispettare la posologia media di assunzione giornaliera degli stessi.

Trovano altresì applicazione le disposizioni normative in materia di farmacovigilanza di cui ai decreti legislativi n. 95/03, n. 219/06 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento all'obbligo di segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini nell'ambito del sistema nazionale e regionale di farmacovigilanza di cui al decreto n. 8761 del 5 ottobre 2006.

Art. 4

Assistenza farmaceutica e modulario

1. La rilevazione ed elaborazione informatizzata degli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni mediche, verso cui vanno uniformandosi tutte le A.U.S.L., rappresenta il presupposto per l'acquisizione dei dati necessari alla verifica sia dell'andamento e della regolarità prescrittiva dei medici, che del perseguimento degli obiettivi in materia di livelli di spesa programmati.
2. Alla luce di quanto sopra esposto ed in armonia con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sanzioni nei confronti dei medici in ordine alle irregolarità prescrittive, assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del S.S.N. al puntuale rispetto di tutti gli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.
3. Sul ricettario standardizzato regionale le prescrizioni (come le richieste, le proposte e le certificazioni) saranno effettuate con mezzo meccanico (computer) o manuale utilizzando inchiostro nero; nessuna sanzione per imperfezioni formali (centatura caselle) si applicherà a carico dei medici sino all'adozione eventuale, generalizzata, di un mezzo meccanico fornito dalla A.U.S.L. a proprie spese, fermo restando l'obbligo da parte del medico di scrivere nel modo più chiaro possibile; non occorre il timbro nella compilazione informatica.
4. La necessità di erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio (prescrizioni improprie), si limita all'indicazione generica del tipo di presidio o ausilio, assolutamente senza ulteriori precisazioni descrittive e senza quantizzazione ed in relazione all'invalidità concessa e/o alla patologia di riferimento. Nessun altro onere può essere richiesto al M.M.G. ed eventuali controlli da parte dell'azienda sono compiti d'istituto.
5. Le indagini per rilascio patente, assunzioni, idoneità lavorative, concorsi, commissioni invalidi civili o altre motivazioni, non connesse alle necessità diagnostiche del MdF, non sono a carico del servizio sanitario nazionale e possono essere effettuate solo in strutture sanitarie medico legali dedicate individuati dall'Assessorato regionale della sanità.
6. Tutti gli esami di laboratorio e strumentali, a prescindere dalla metodica di esecuzione (RIA, EIA, ELISA, ecc.), devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore.
7. Progetti territoriali a valenza aziendale o distrettuale che vedano coinvolti medici di medicina generale devono essere concordati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative di categoria.
8. Le richieste di prestazioni emodialitiche, devono essere prescritte sul ricettario del Servizio sanitario nazionale fino ad un massimo di otto prestazioni per singola ricetta. E' consentito al medico prescrittore, nel redigere il piano mensile di prestazioni, la compilazione, nello stesso giorno, di più ricette del S.S.N.

Art. 5
Certificazioni di malattia

I moduli OPM 1 INPS devono essere recapitati all'indirizzo del MdF, qualora questi ne faccia richiesta.

Art. 6
Certificazione di infortunio sul lavoro

1. La certificazione di infortunio sul lavoro (INAIL), ad eccezione di quella riguardante i lavoratori agricoli, è da ritenersi una prestazione libero-professionale, in attesa che venga concordato uno specifico accordo con l'ente in questione.
2. Non sarà pertanto obbligo del medico certificatore utilizzare la modulistica INAIL fino ad una definizione di detto accordo.
3. In ogni caso, comunque, il M.M.G. è tenuto a trascrivere le prestazioni diagnostiche e terapeutiche richieste dallo specialista dell'INAIL qualora queste non siano eseguibili presso lo stesso Istituto (decreto 27 novembre 2002)

Art. 7
Cedolini ed elenchi

I cedolini dei compensi mensili, redatti analiticamente con codice alfanumerico e per tipologia di prestazioni e di pagamento per singole voci, nel rispetto delle normative vigenti e gli elenchi assistiti semestrali o le variazioni mensili saranno spediti al M.M.G. al recapito da lui fissato. Qualora sussistano le condizioni tecniche, è auspicabile l'invio per via telematica del cedolino relativo al compenso mensile, degli elenchi assistiti, delle variazioni e di ogni altra comunicazione.

Art. 8
Esenzioni dai tickets

1. Gli attestati di esenzione devono riportare, pena la validità, classi terapeutiche e indagini esenti dal pagamento dei tickets, ciò anche per la co-responsabilizzazione del paziente e del medico prescrittore.
2. L'elenco delle prestazioni esenti deve essere unico o su più fogli differenziati per codice di patologia in caso di esenzioni plurime, mentre unico deve essere l'attestato che le contiene, riportando in modo chiaro e leggibile i nuovi codici di esenzione e la loro eventuale scadenza. Nello stesso vanno indicate le prestazioni clinico strumentali esenti e i farmaci correlati alla patologia.
3. Fermo restando le esenzioni per patologia (decreto ministeriale n. 329/99 e successive modifiche) già riconosciute dall'azienda unità sanitaria locale competente per territorio le esenzioni per patologia saranno certificate dal M.M.G. Ottenuta la certificazione attestante la patologia, l'azienda rilascerà il relativo tesserino come specificato al comma uno del presente articolo.
4. Le esenzioni delle visite specialistiche sono strettamente correlate alla patologia esentata.
5. Lo stato di gravidanza fisiologica, ai fini dell'esenzione, deve essere espresso nella diagnosi, con la sola precisazione della data dell'ultima mestruazione; nessun altro onere può essere posto a carico del M.M.G. (circolare del 4 gennaio 2005, nota n. 4); per la prescrizione di esami clinici o strumentali non compresi nel protocollo di esenzione, il medico prescrittore deve indicare il sospetto diagnostico; tali prestazioni sono soggette al

pagamento del ticket (qualora dovuto).

6. Lo stato di gravidanza a rischio deve essere attestato direttamente dal ginecologo dipendente o accreditato, anche per le prescrizioni dei ginecologi liberi professionisti.

Art. 9

Richieste e proposte

1. Le indagini clinico-strumentali vanno raggruppate per branca e non secondo l'ubicazione dei locali nella struttura pubblica.

2. Le proposte di indagini e/o visite specialistiche hanno una validità di 90 giorni ai soli fini della prenotazione. Le proposte di indagini o visite specialistiche prenotate entro tale periodo restano valide fino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che accreditate o preaccreditate. Le prenotazioni non possono essere effettuate senza valida richiesta prescritta sul ricettario S.S.N. In caso di prenotazione, anche telefonica, la struttura deve comunicare al paziente il giorno e l'ora in cui verrà espletata l'indagine o la consulenza.

3. Le indagini possono essere richieste dal medico per una diagnosi specifica o per un sospetto diagnostico in presenza di fattori di rischio familiari evidenziabili attraverso la cartella clinica in uso al M.M.G.

4. Le indagini ai fini di ricerca clinica saranno effettuate nei centri stessi e non possono essere richieste trascrizioni al MdF sul ricettario del S.S.N.

5. Per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day hospital, si rimanda alle disposizioni contenute nel decreto 14 giugno 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 22 giugno 2007.

Art. 10

Sostituzioni

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 37, comma 1, l'assenza per ristoro psico-fisico di cui all'art. 18 comma 5 deve essere comunicata all'azienda U.S.L. fin dal primo giorno.

2. I compensi per le sostituzioni vanno sempre corrisposti al medico titolare del rapporto convenzionale, nel rispetto di quanto previsto dall'allegato C dell'A.C.N. 23 marzo 2005.

Art. 11

Scelta e revoca

Fermo restando quanto previsto dagli artt. 40 e 41 A.C.N. 23 marzo 2005, il capo famiglia e/o coniuge può scegliere per sé e per i propri familiari minorenni, con delega se maggiorenni, il proprio medico di famiglia.

Art. 12

Rapporto ottimale

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 33 A.C.N. 23 marzo 2005 la determinazione delle zone carenti avverrà dopo aver detratto dal computo i cittadini iscritti nel registro AIRE (Anagrafe italiani residenti all'estero), ove esistente.

2. L'azienda U.S.L. si impegna ad agevolare l'inserimento negli elenchi dei medici di medicina generale degli immigrati in regola con il permesso di soggiorno.

Art. 13
Rappresentatività sindacale

Le consistenze associative su base regionale ed aziendale di tutte le organizzazioni sindacali, rilevate ai sensi art. 21 del A.S.R. 23 marzo 2005 devono essere trasmesse anche alle segreterie regionali delle organizzazioni sindacali interessate.

Art. 14
Diritti sindacali

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato permanente regionale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di E 100,00 lorde, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme.
2. Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nel comitato aziendale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di E 80,00 lorde.
3. Ai fini della corresponsione del compenso di cui ai comma precedenti, il medico presenta all'azienda U.S.L. di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute. I rimborsi sono erogati al medico avente diritto entro i due mesi successivi a quello di ricezione della richiesta.
4. Le somme attribuite per le ore di attività sindacale ai rappresentanti sindacali vanno corrisposte, nella misura del 50% entro il 30 giugno e del restante 50% entro il 31 dicembre dello stesso anno.

I rapporti economici tra rappresentanti sindacali e sostituti sono disciplinati dalle disposizioni contenute nell'art. 37, comma 14, A.C.N. 23 marzo 2005.

Art 15
Attività integrative ed aggiuntive di assistenza

Obiettivi di qualità delle prestazioni erogate

Il M.M.G. che intenda migliorare e sviluppare la disponibilità nel settore delle cure primarie e delle prestazioni erogate, unitamente alla facilitazione della accessibilità dei cittadini al MdF, nell'ottica di una continuità assistenziale territoriale, deve garantire:

1. orario apertura studio secondo allegato A; tale impegno riguarda il singolo medico, anche se svolge attività in forma associata;
2. la disponibilità telefonica diurna (sanitaria): dalle ore 8 alle 20 nei giorni feriali, dalle 8 alle 10 il sabato ed i prefestivi; il medico comunicherà al distretto il numero telefonico (fisso e/o mobile) con cui tale disponibilità viene assicurata e tale numero sarà pubblicizzato in sala d'attesa all'interno dell'ambulatorio;
3. regolazione degli accessi, con almeno una delle seguenti modalità:
 - a) ricevere su prenotazione almeno tre giorni la settimana;
 - b) ricevere cinque giorni in modalità "mista": accesso libero e accesso su prenotazione, riservando al secondo almeno la metà dell'orario di apertura;
4. informatizzazione dello studio, fornito di modem e stampante e collegato ad internet, con indirizzo e-mail attivo da comunicare all'A.U.S.L.;
5. partecipazione ai programmi di formazione per l'informatizzazione regionale S.I.S. per almeno il 50% delle riunioni dedicate.

Non è compatibile, comunque, l'adesione a tale attività integrativa e/o aggiuntiva ai medici di assistenza primaria che svolgano attività libero professionale superiore alle cinque ore

settimanali.

E' consentita l'adesione a tali attività anche ai medici della medicina dei servizi e della continuità assistenziale qualora svolgano l'attività di assistenza primaria nello stesso ambito territoriale.

Al fine di favorire una corretta informazione degli assistiti, l'azienda unità sanitaria locale nei punti di scelta e revoca espone un elenco nominativo dei medici di assistenza primaria che possono acquisire le scelte, indicando a fianco di ciascun nominativo:

- a) ubicazione dello studio medico o degli studi con i relativi orari, telefono, e la parte di orario destinata alle visite su appuntamento;
- b) eventuali standard (adesione alle forme associative, informatizzazione, adesione alle attività aggiuntive).

Tali informazioni possono costituire la base per la pubblicazione della Carta dei servizi del cittadino prevista dalla normativa vigente ove la Regione intendesse diffonderla ed implementarla.

Art. 16

Partecipazione a progetti aziendali

1. Come previsto dal decreto 30 giugno 2006, i medici parteciperanno alle progettualità relative all'implementazione di sistemi di prenotazione delle prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità cliniche concordate tra la Regione, le aziende unità sanitarie locali e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

2. Per le modalità di realizzazione di quanto previsto nei progetti aziendali si rimanda alle norme finali del presente accordo.

Art. 17

Associazionismo

1. Le forme associative fanno parte della rete territoriale per l'assistenza primaria della medicina generale. Le forme associative comprendono un numero di medici di assistenza primaria da tre a dieci (articolo 54, comma 4, Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

2. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, i medici facenti parte devono:

- operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta; nel caso di ambito territoriale limitrofo entro la stessa azienda occorrerà il parere del comitato consultivo aziendale;
- aderire ad una sola delle forme associative;
- non svolgere attività libero professionale per un orario superiore alle cinque ore settimanali;
- stipulare un accordo scritto di costituzione della forma associativa, da depositare presso l'azienda U.U.L.L.S.S. e l'ordine dei medici, nel quale risultino le modalità organizzative della forma associativa, da comunicare ai cittadini iscritti.

3. Devono essere favorite:

- a) la costituzione delle forme associative più evolute: medicina in rete, di gruppo o miste (rete e gruppo);
- b) il passaggio dalle forme più semplici alle forme più evolute;
- c) la costituzione della "medicina di gruppo";
- d) sviluppo di associazioni di tipo "miste";
- e) lo sviluppo degli ambulatori per patologie croniche ad alta prevalenza (art. 54, comma b, A.S.R.) con orario dedicato (art. 36, comma 10, A.S.R.);

f) la partecipazione degli specialisti, come previsto dall'art. 48, comma 6, A.C.N. 23 marzo 2005;

g) l'utilizzo delle tecnologie nello studio.

4. Requisiti per le forme associative miste:

E' consentita la costituzione della forma associativa mista, formata da un minimo di tre fino ad un massimo di 10 medici.

Requisito fondamentale è che almeno due medici operino nello stesso studio.

La forma associativa mista deve osservare quanto previsto dall'art. 54, comma 8, A.C.N.

5. Ai medici che operano nello stesso studio compete quanto previsto dalla medicina di gruppo all'art. 54, comma 9, A.C.N. con relativo compenso economico, mentre agli altri quanto previsto dalla medicina in rete con relativo compenso economico.

6. Si deve prevedere per tutte le forme associative:

a) la verifica degli obiettivi raggiunti e la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa, con gli obiettivi della programmazione distrettuale, aziendale e regionale, in almeno tre sedute/anno di confronto tra pari;

b) la costituzione di programmi ambulatoriali per patologie croniche all'interno delle forme associative dovranno essere eseguiti in orari dedicati. Tale attività andrà comunicata all'azienda ed autorizzata dal comitato consultivo aziendale.

7. Non è prevista la implementazione di nuove forme associative di tipo semplice oltre quelle già operanti in forza di quanto previsto ai comma precedenti.

8. Le risorse che la Regione impegnerà per le forme associative saranno allocate alle singole A.S.L. in funzione della percentuale della popolazione residente.

9. Per ciascuna forma associativa viene stabilita la seguente percentuale quale tetto massimo:

- forme semplici 25%;

- forme in rete 30%;

- forme di gruppo 10%;

- forme miste 5%.

10. Ad un anno dalla pubblicazione del bando relativo alle forme associative, le aziende unità sanitarie locali sono tenute a trasmettere i dati relativi alle percentuali delle varie forme associative all'Assessorato regionale della sanità.

Le aziende correranno le comunicazioni di cui sopra con eventuali proposte di rimodulazione delle percentuali stabilite a livello regionale.

11. L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri acquisiti nel caso in cui uno o più componenti, fermo restando il numero minimo previsto per ciascuna forma associativa, non ne faccia più parte per giustificati motivi.

12. L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri nel caso in cui aumenti il numero dei propri componenti nel rispetto del dettato dell'art. 54 dell'A.S.R. del 23 marzo 2005 per ogni singola forma associativa.

Ai fini economici ai componenti neo inseriti sarà corrisposta l'indennità di associazionismo in presenza di risorse disponibili e solo dopo l'esaurimento della graduatoria vigente.

Art. 18
U.T.A.P.

1. Le U.T.A.P. si configurano come strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e garantire la continuità dell'assistenza, anche al fine di ridurre gli accessi e ricoveri impropri nelle strutture ospedaliere (h 24). Tutto ciò nel rispetto delle specifiche esigenze sanitarie degli ambiti territoriali.
2. Il perseguimento degli obiettivi di salute avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle cure primarie, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.
3. L'U.T.A.P. necessita di strutture, attrezzature e risorse umane idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale.
4. Mediante l'U.T.A.P. viene ottimizzata la rete di assistenza territoriale grazie alla reale integrazione, tra le diverse figure professionali e le diverse tipologie di servizi già presenti nel territorio, che soltanto può garantire la presa in carico globale dell'assistito.
5. I medici di assistenza primaria di norma si integrano con le seguenti figure professionali:
 - a) pediatra di libera scelta;
 - b) medici di continuità assistenziale;
 - c) medici specialisti;
 - d) infermieri.

Si possono prevedere, altresì, momenti di integrazione con psicologi, servizio 118, servizio di assistenza domiciliare integrata, servizio integrato per immigrati, servizi di assistenza territoriale per i malati oncologici, ed altri servizi territoriali e distrettuali.

In tale contesto i medici di assistenza primaria assicureranno l'attività ambulatoriale dalle 8,00 alle 20,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 10,00 il sabato e i prefestivi, opportunamente integrandosi con i medici di continuità assistenziale in modo da garantire l'assistenza nell'arco delle 24 ore.

Al fine di realizzare la presa in carico dell'assistito, la cartella clinica informatizzata dovrà essere accessibile a tutti i soggetti autorizzati, nel rispetto delle norme sulla privacy.

E' possibile la costituzione di una o più U.T.A.P. in un ambito territoriale, nel rispetto del limite massimo di 25.000 residenti per U.T.A.P.

Ciascuna U.T.A.P. deve comprendere un congruo numero di medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, un numero di specialisti in ragione delle esigenze, un numero di medici di continuità assistenziale idoneo ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste;

- la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei medici di assistenza primaria, dell'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per l'attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento (piccole urgenze), di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista;

- le U.T.A.P. garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;

- in tale ambito dovrà essere garantita la presa in carico globale del cittadino e dovranno essere definite funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;

- l'insieme dei medici di assistenza primaria che operano in ciascuna U.T.A.P. individuano al loro interno un referente, con compiti di raccordo tra le diverse figure professionali

facenti parte dell'U.T.A.P. e il direttore del distretto;

- i medici dell'U.T.A.P. organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio;
- il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo in relazione all'attività ed agli obiettivi dell'U.T.A.P.;
- l'U.T.A.P. promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze con gli altri poli della rete integrata, l'assistenza domiciliare;
- l'U.T.A.P. orienta l'attività di assistenza primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita, di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni;
- le attrezzature comprendono, oltre a quelle di carattere sanitario adeguate per l'attività da svolgere, anche mezzi informatici collegati in rete all'interno ed all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri dell'A.U.S.L. di riferimento per consentire:
 - la messa in rete di tutte le U.T.A.P. con la A.U.S.L. anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - il collegamento al C.U.P., ove presente;
 - la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
 - la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante, nel rispetto delle norme sulla privacy;
- l'U.T.A.P., inserita nella rete assistenziale del distretto sanitario dell'A.U.S.L., attraverso quest'ultimo si interfaccia con il distretto socio-sanitario di riferimento;
- la sede dell'U.T.A.P. unica; è possibile, comunque, prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica; nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno pertanto da valutare la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione (presenza di ultra sessantacinquenni, disabili o soggetti vulnerabili), al fine di assicurare la migliore accessibilità ai servizi.

L'U.T.A.P. può configurarsi secondo le seguenti tipologie:

a) U.T.A.P. integrata: modello ad alta integrazione fra U.T.A.P. e distretto nella condizione in cui l'A.U.S.L. metta a disposizione la sede e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra M.M.G., P.L.S., specialisti e operatori dell'equipe distrettuali; con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai comuni (assistenti sociali ed equipe assistenziali). In questo caso, previa sperimentazione, il rapporto tra U.T.A.P. e azienda/distretto deve essere gestito tramite la stipula di specifico contratto pluriennale con il quale, previo parere vincolante del Comitato aziendale di medicina generale, si definiscono tra le parti obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;

b) U.T.A.P. aggregata: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'A.U.S.L., nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi. Il rapporto con l'azienda/distretto, previa sperimentazione, deve essere gestito in modo "formale e sostanziale" secondo specifico contratto con il quale, previo parere vincolante del Comitato aziendale di medicina generale, si definiscono tra le parti obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica.

L'U.T.A.P. deve prevedere l'accesso allo studio tramite un efficiente sistema di prenotazione.

Tale servizio deve funzionare come minimo per 12 ore giornaliere (8,00-20,00) e di sabato mattina 8,00-10,00, deve garantire la risposta alla chiamata entro le 12 ore ed essere valutabile attraverso specifici standard di attività (es. tempo medio di attesa per una visita e/o tempo che intercorre tra l'orario di prenotazione e di effettivo ingresso allo studio),

La programmazione degli accessi allo studio, la richiesta di visita domiciliare, la reiterazione di ricette, le richieste di contatto telefonico programmato, le richieste di consulto diretto con il medico proposti attraverso un sistema di segreteria/call center, devono essere finalizzati a garantire:

- l'accesso programmato allo studio del proprio medico con un tempo di attesa per la visita in studio stabilito come standard di servizio dalla relativa "carta dei servizi", una sicura contattabilità per il ritiro delle ricette reiterate ed un sicuro contatto telefonico programmato; inoltre deve essere in grado di dare certezza della effettuazione della eventuale visita domiciliare;
- la possibilità per l'assistito di un accesso allo studio di un altro medico in caso di bisogno;
- l'utilizzo di un software unico o di strumenti di cooperazione applicativi in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione dell'assistito e di prevedere le modalità operative di integrazione informativa tra l'A.S.L., medici dell'U.T.A.P. e medici di continuità assistenziale, nonché con soggetti esterni alla rete aziendale (es.: comuni, case di riposo, etc.);
- lo sviluppo di un progetto integrato di raccolta del consenso e di gestione del trattamento dei dati in conformità alle norme sulla privacy, in particolare nella prospettiva di attivare flussi informativi su refertazioni direttamente dallo studio del medico;
- l'impegno ad erogare le prestazioni di primo livello, individuate in accordo con l'A.U.S.L., su alcune specialità direttamente gestite dai M.M.G. componenti l'U.T.A.P. ed in possesso della relativa competenza vocazionale e/o specialità. L'accordo deve prevedere le forme di integrazione con le specialità dell'Ospedale e le forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'effettiva appropriatezza delle prestazioni.

E' ipotizzabile in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse U.T.A.P. per specifiche specialità con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale. Spetta alle aziende unità sanitarie locali e alle OO.SS. applicare i suesposti criteri secondo le specificità locali ed individuare indicatori di qualità per le U.T.A.P.

Trattandosi di istituto sperimentale, l'attivazione delle U.T.A.P. è subordinato a specifiche progettualità aziendali autorizzate dalla Regione (dipartimento Ispettorato regionale sanitario).

Art. 19

Maggiorazioni per zone disagiatissime

1. Nell'ambito del territorio della Regione siciliana, nelle isole di Alicudi, Filicudi, Vulcano, Panarea, Stromboli, Salina, Linosa, Marettimo e Levanzo, individuate come zone disagiatissime, viene garantita la presenza di un medico di assistenza primaria.
2. Ai medici di cui al comma 1 che, oltre a svolgere la propria attività di assistenza primaria, garantiscono altresì il servizio di continuità assistenziale per n. 12 ore settimanali, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un massimale di 1.500 scelte.
3. Ai medici di cui al comma 1 che non intendono svolgere la suddetta attività di continuità assistenziale, viene corrisposto un compenso pari al corrispettivo spettante per un numero di 1.000 scelte.
4. Ai medici di assistenza primaria che operano nelle isole di Lipari, Favignana, Ustica, Pantelleria e Lampedusa viene riconosciuto un compenso accessorio di E 1,00/assistito/anno.

Art. 20
Partecipazione dei M.M.G. nelle commissioni di invalidità

1. I M.M.G. che fanno parte di commissioni per il rilascio delle certificazioni di invalidità civile non potranno espletare tale attività nel proprio ambito territoriale di scelta.
2. Stessi criteri si applicano per i medici che operano nella continuità assistenziale o nella medicina dei servizi e ai medici addetti ai controlli I.N.P.S. o per assenza per malattia.

Art. 21
Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (A.D.P.)

1. I compensi percepiti dal singolo medico per l'assistenza domiciliare programmata non possono superare il tetto massimo del 25% di quanto previsto dall'art. 59, lett. A, dell'A.S.R. 23 marzo 2005.
2. Il numero degli accessi retribuiti al medico, in funzione della percentuale come determinata al comma 1, viene calcolato sulla base del compenso mensile corrisposto al medico al momento della attivazione del programma di assistenza. Non è dovuta la ripetizione delle somme eccedenti il 25% in caso di successiva riduzione dei compensi mensili.
3. Nelle more della costituzione dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, eventuali controversie tra il medico di assistenza primaria e l'azienda U.S.L., in merito all'attivazione o sospensione del programma di A.D.P., saranno sottoposte alla valutazione del comitato consultivo aziendale di cui all'art. 23 A.S.R.
4. L'A.D.P. può essere espletata anche nelle R.S.A e/o nelle case alloggio o case albergo.

Art. 22
Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)

1. L'assistenza domiciliare integrata, come prevista dall'allegato "H" dell'A.S.R. 23 marzo 2005, viene concordata dal medico di assistenza primaria, in corso di prima valutazione, con il responsabile dell'U.V.M. del distretto di appartenenza, di norma, al domicilio del paziente.
2. Gli accessi del medico di assistenza primaria, concordati con l'U.V.M., saranno riportati nella cartella clinica domiciliare.
3. Fermo restando la possibilità di segnalazione al responsabile delle attività distrettuali da parte dell'interessato, dei familiari, del responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni etc., l'attivazione dell'A.D.I. avviene esclusivamente con il consenso del medico di assistenza primaria.
Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta l'U.V.M., di cui fa parte il medico di assistenza primaria, attiva tutte le procedure previste per iniziare l'intervento integrato, dopo aver ricevuto il consenso del malato o dei suoi familiari.
4. Il numero massimo di accessi del medico di assistenza primaria per il servizio A.D.I. è pari a 70/ assistito/anno.
5. Le prestazioni aggiuntive erogate in regime di A.D.I., previste all'allegato "D" dell'A.S.R. 23 marzo 2005 sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso.

Art. 23
Assistenza domiciliare residenziale (A.D.R.)

L'assistenza domiciliare residenziale viene attuata secondo quanto previsto dai precedenti

artt. 22 e 23 del presente Accordo, integrando il servizio sanitario con quello sociale già offerto dalle strutture residenziali sia pubbliche che private.

Art. 24
Compensi A.D.P., A.D.I. e A.D.R.

Per la prima valutazione per l'attivazione dell'A.D.I., effettuata al domicilio del paziente, viene corrisposto un compenso pari ad E 75,00.

Ciascun accesso, per le attività previste dagli artt. 21, 22 e 23 del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a E 25,00.

Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di assistenza palliativa a pazienti terminali.

NORME FINALI

1. Il presente accordo ha validità quadriennale e rimane valido sino alla stipula di un nuovo accordo regionale, per le parti non in contrasto con l'emanando Accordo collettivo nazionale di medicina generale.

2. Per le attività integrative di assistenza di cui all'art. 15 del presente Accordo regionale è stata determinata in E 6,50 la quota per assistito per anno a far data dall'inizio delle attività precipue e fino al 30 giugno 2008; a decorrere dall'1 luglio 2008 la predetta quota è determinata in E 7,00 per assistito per anno.

3. Programmi di attività finalizzati al governo clinico.

I medici che aderiranno ai seguenti tre obiettivi di salute individuati dal P.S.N. 2007/09:

- screening tumori;
- prevenzione K mammario;
- prevenzione K Colon - retto;
- prevenzione K Collo dell'utero;
- prevenzione malattie sessualmente trasmesse;
- piano regionale delle vaccinazioni;

sono tenuti a:

- partecipare alla sessione di formazione specifica del programma;
- attenersi ai protocolli operativi stabiliti nel programma;
- fornire l'informazione necessaria alle persone da loro assistite al fine di incentivarne l'adesione;
- selezione, tra i propri assistiti, delle persone eleggibili;
- seguire i propri assistiti nelle varie fasi conseguenti lo screening secondo i protocolli del soggetto.

L'adesione dei medici, operanti sia singolarmente che in forme associative, è facoltativa; ai sensi e per gli effetti dell'art. 59, lett. B), commi 15, 16 e 17, A.C.N. 23 marzo 2005, la quota determinata in E 3,08 per assistito per anno sarà erogata esclusivamente ai soggetti che aderiranno al programma di cui alla presente norma finale. L'azienda deve verificare annualmente l'adesione all'impegno.

4. Per gli istituti di cui agli articoli 15 (attività integrative di assistenza), 17 (associazionismo) del presente Accordo, nonché art. 59, lett. B), relativamente all'indennità per collaboratore di studio e per personale infermieristico, dopo la pubblicazione del presente Accordo, la Regione procederà ad emanare i relativi decreti attuativi, con i quali saranno definiti termini e modalità di presentazione delle relative istanze di partecipazione e criteri di assegnazione delle predette indennità.

5. Partecipazione alla attuazione del Piano regionale di prevenzione (E 3.000.000 obiettivi prioritari P.S.N. 2005/07).

E' interesse prioritario della Regione l'istituzione del Registro per il diabete; nelle more di

quanto indicato e per il progetto di Disease management del diabete mellito di tipo 2, si provvederà con successivi provvedimenti da parte del dipartimento Ispettorato regionale sanitario.

Al fine di accrescere l'efficacia del Piano regionale della prevenzione approvato con decreto dell'Assessore per la sanità 29 luglio 2005, n. 6065, con particolare riferimento al programma sul Disease management del diabete mellito di tipo 2, i M.M.G. svolgeranno le attività di seguito elencate.

Disease management del diabete mellito di tipo 2

Il M.M.G. si impegna a:

1. partecipare con profitto ai corsi di formazione appositamente organizzati dalla Regione;
2. applicare nella pratica clinica i percorsi di assistenza condivisi con la azienda U.S.L. e la Regione;
3. fornire alla Regione i dati relativi alla propria popolazione affetta da diabete mellito tipo 2, al fine della costituzione di una base dati, secondo il tracciato record definito dalla Regione; il primo invio dovrà essere effettuato entro un mese dalla comunicazione all'Azienda ed alla Regione dell'adesione al programma di prevenzione di cui al presente articolo;
4. inviare alla Regione mensilmente, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento, i dati sul monitoraggio della popolazione diabetica.

La Regione si impegna a:

A) organizzare con le aziende U.S.L., in ambito distrettuale, corsi di formazione (accreditati E.C.M.) per l'implementazione del disease management del diabete mellito di tipo 2;

B) fornire il supporto tecnico e metodologico necessario per la attuazione dei programmi di prevenzione di cui al presente articolo e, in particolare, si impegna a contattare i principali fornitori di software per la gestione delle cartelle cliniche al fine di implementare sistemi automatici di estrazione dei dati richiesti per l'attuazione del presente articolo;

C) fornire a ciascun M.M.G. partecipante un ritorno informativo mediante la costituzione di un apposito "portale" accessibile tramite internet.

Nella fase di prima applicazione del disease management del diabete mellito di tipo 2, in considerazione della complessità del programma, l'attuazione sarà limitata ad almeno un distretto, per ogni azienda U.S.L., individuato della Regione.

Criteri di accesso al compenso.

Il compenso sarà corrisposto ai M.M.G. che:

- a) avranno partecipato con profitto ai corsi di formazione appositamente organizzati dalla Regione per l'attuazione del Piano di prevenzione;
- b) avranno rispettato le scadenze per la trasmissione dei dati di cui al precedente punto 3;
- c) raggiungeranno (o supereranno), per quanto riguarda la seconda quota del budget, i valori attesi per l'indicatore di seguito indicato.

Per ogni paziente diabetico trattato conformemente a quanto indicato nel presente articolo, sarà attribuito un compenso pari ad E 100,00 la cui corresponsione avverrà con le seguenti modalità:

- 10% (E 10,00) per ciascun paziente diabetico dopo l'invio dei dati di cui al precedente punto 3;
- 90% (E 90,00) costituirà il compenso erogato per ogni paziente diabetico per il quale verranno monitorati tutti i parametri previsti, secondo le modalità indicate nella tabella sottostante.

Modalità di attribuzione del compenso

Cod. ind.	Indicatore	% pz. monitorati (valori attesi)	Compenso per caso trattato*	Note
01	N. pazienti diabetici correttamente monitorati/n. pazienti diabetici assistiti dal medico x 100	Fino al 40% 41-69% ≥70%	30% 60% 100%	Per pazienti correttamente monitorati si intendono i pazienti per i quali è rispettata la frequenza di misurazione di <i>tutti</i> i parametri descritti nella scheda indicatore 01

* Percentuale spettante del compenso stabilito per caso trattato.

Il valore dell'indicatore sarà calcolato 12 mesi dopo la costituzione della banca dati (cfr. punto 3).

Il mancato invio dei dati non darà diritto alla attribuzione del compenso.

Scheda indicatore 01

Parametro	Frequenza della misurazione	Note
HbA1c	Non meno di 2 dosaggi non più di quattro dosaggi nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non inferiore a 3 mesi e non superiore a 6 mesi
Trigliceridi	Almeno 1 dosaggio nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non superiore a 12 mesi
Colesterolo totale	Almeno 1 dosaggio nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non superiore a 12 mesi
Colesterolo HDL	Almeno 1 dosaggio nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non superiore a 12 mesi
Colesterolo LDL	Almeno 1 dosaggio nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non superiore a 12 mesi
BMI	Almeno 4 volte nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non inferiore a 3 mesi
PAO	Almeno 4 volte nell'arco di 12 mesi	Intervallo tra le misurazioni non inferiore a 3 mesi
Esame fundus oculi	Almeno 1 volta nell'arco di 24 mesi	Intervallo tra le misurazioni non superiore a 24 mesi

Il compenso sarà erogato entro 6-12 mesi dalla conclusione delle attività di cui al presente articolo, in conformità a quanto disposto dall'articolo 12, comma 5 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

6. Nel quadro delle politiche regionali di miglioramento ed innovazione del settore delle cure primarie e dell'assistenza erogata, dove assumono piena centralità il cittadino ed i suoi bisogni di salute, ed in attuazione dell'Accordo collettivo nazionale di medicina generale 23 marzo 2005, ed in particolare di quanto previsto dall'art. 14 Contenuti demandati alla negoziazione regionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 45 Compiti del medico, con particolare riferimento alle attività indicate alle lett. b), m), o) e del punto 2 dello stesso art. 45, che articolano l'espletamento delle funzioni proprie del medico di assistenza primaria, nonché degli obblighi indicati all'art. 59, sezione B, punti 11, 12 e 13, i medici di assistenza primaria garantiscono:

a) di inserire il codice fiscale dell'assistito sulle ricette per prescrizioni farmaceutiche e di prestazioni specialistiche, nonché la relativa stampa completa in una percentuale non inferiore al 75%;

b) di diffondere tra i propri assistiti l'informazione sull'uso della tessera sanitaria (T.S.)-carta regionale dei servizi (C.R.S.) e sulle applicazioni telematiche che verranno attivate nell'ambito del S.S.R. siciliano;

c) di procedere all'invio telematico dei dati delle ricette, di cui ai commi 5 bis e 5 ter dell'art. 50 della legge n. 326/03, introdotti dalla legge n. 296 del 27 dicembre 2006, comma 810, secondo le disposizioni definite dai relativi DD.MM. di attuazione;

d) l'adesione e la partecipazione al progetto regionale di realizzazione del Sistema informativo sanitario regionale (S.I.S.), nelle sue diverse articolazioni progettuali, ed in particolare al progetto di costruzione della rete dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, denominato RMMG, secondo le modalità che verranno indicate in apposite direttive regionali a seguito dell'approvazione definitiva del progetto, e rese note anche nell'ambito delle iniziative di comunicazione previste dallo stesso progetto;

e) la partecipazione, l'inserimento e l'aggiornamento nella apposita sezione del Portale RMMG, previsto dal progetto RMMG, dei dati sui servizi offerti nell'ambito dell'attività ambulatoriale ai propri assistiti, nelle more anche della definizione ed adozione, di concerto con le rispettive associazioni di categoria, dello schema tipo di carta dei servizi del medico di assistenza primaria;

f) la tenuta e l'aggiornamento, secondo gli standard nazionali e regionali, delle cartelle cliniche informatizzate (CCI) dei propri assistiti;

g) di rendere disponibili, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i data-base delle CCI dei propri assistiti per le esigenze conoscitive, regionali e territoriali, sia di carattere epidemiologico che mirate al monitoraggio sull'appropriatezza delle scelte assistenziali-terapeutiche, sulla spesa sanitaria e sulla qualità dell'assistenza, obiettivi prioritari nelle politiche ed azioni di governo regionale del sistema sanitario, al fine di istituire il Registro territoriale delle patologie; a tal proposito le aziende unità sanitarie locali si impegnano a trasmettere telematicamente ai M.M.G. i reports elaborati sulla base dei dati ricevuti, attuando pienamente l'informazione simmetrica;

h) di rendere disponibili, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i data-base delle CCI dei propri assistiti per le esigenze di piena attivazione della CRS, nella sua componente sanitaria della tessera sanitaria - carta regionale dei servizi, e per l'avvio e diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) nel contesto del S.S.R.;

i) l'attività di prenotazione delle prestazioni specialistiche per i propri assistiti con modalità on line, nel rispetto degli obblighi indicati dal punto 11, sezione B dell'art. 59 dell'Accordo

collettivo nazionale, nelle aree territoriali dove il CUP on line è già stato attivato, nelle more della piena realizzazione del CUP on line regionale;

j) di diffondere tra i propri assistiti l'indicazione del numero verde per la prenotazione di prestazioni di alta specialità, non appena sarà attivato;

k) la prenotazione potrà essere effettuata solo dietro comunicazione del numero della ricetta emessa dal M.M.G.;

l) la partecipazione ai programmi ed alle iniziative finalizzate al miglioramento del governo clinico, promossi dall'Assessorato della sanità e dalle aziende sanitarie territoriali;

m) l'adeguamento delle apparecchiature e dei programmi informatici per garantire le prestazioni di cui al presente articolo e le esigenze di condivisione con le applicazioni che verranno definite nell'ambito del progetto regionale di realizzazione del Sistema informativo sanitario regionale (SIS);

Le modalità di realizzazione di quanto previsto ai punti c), d), e), g), h), i), l), m) del presente articolo dovranno essere concordate a livello regionale e/o aziendale con le OO.SS. di categoria maggiormente rappresentative.

7. Le disposizioni di cui all'art. 19 del presente A.C.R. sostituiscono, per la parte relativa ai medici di medicina generale, tutti i precedenti provvedimenti emanati dall'Assessorato regionale della sanità, in materia di zone disagiate e disagiatissime.

8. Le parti concordano che le diciture: medico di libera scelta, medico di medicina generale, medico di assistenza primaria e medico di famiglia, sono usate, nel testo dell'accordo, come sinonimi.

9. Le organizzazioni sindacali, o sindacati di categoria della medicina generale, nel testo, sono quelle firmatarie dell'A.S.R. del 23 marzo 2005.

10. I compiti aggiuntivi previsti, ed eventualmente attivati col presente accordo, sono da intendersi facoltativi per il singolo medico, che non potrà, in nessun caso, essere obbligato ad adempimenti che non siano già obbligatori nell'A.S.R.

11. A parte l'entità dei compensi, nessuna norma dell'accordo regionale può collidere con l'A.S.R.

12. Le parti firmatarie del presente accordo concordano di procedere ad una verifica annuale relativamente agli istituti di cui agli artt. 15, 17, 18, 21, 22, 23 e 24, nonché alle norme finali n. 3, 5 e 6 del presente Accordo, al fine di provvedere ad un'eventuale rivisitazione degli stessi, nonché delle percentuali degli assistiti sino al limite consentito dal relativo budget annuale di spesa, anche su base provinciale. Per la prima applicazione la verifica sarà effettuata nel marzo 2008.

DICHIARAZIONE A VERBALE

Il tavolo della medicina generale ritiene auspicabile l'istituzione di una scuola di formazione regionale di medicina generale, al fine di dare risposta ai bisogni formativi della categoria, come tra l'altro già previsti dal presente accordo.

Allegato A

ART. 15 - ACCORDO REGIONALE DI MEDICINA GENERALE

Numero assistiti	ACN 23 marzo 2005	A.I.R. 2007
100	5 h	6 h
200	5 h	7 h
300	5 h	8 h
400	5 h	9 h
500	5 h	10 h
600	10 h	11 h
700	10 h	12 h
800	10 h	13 h
900	10 h	14 h
1000	10 h	15 h
1100	15 h	16 h
1200	15 h	17 h
1300	15 h	18 h
1400	15 h	19 h
1500	15 h	20 h

(2007.35.2430)