
 PARTE I

 LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI
 DELLA REGIONE

 ATTI

 DELIBERAZIONI DELLA
 GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 09.08.2006, n. 916:

**Approvazione dell'Accordo Regionale
 per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di
 Medicina Generale.**

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che:

- il vigente Accordo Collettivo Nazionale (di seguito denominato A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale è stato reso esecutivo, in conformità delle disposizioni recate dall'art. 2-nonies, della legge 26 maggio 2004, n. 138, mediante intesa nella Conferenza Permanente per i rapporti Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, adottato il 23 marzo 2005 ed è entrato in vigore nella data medesima;
- l'anzidetto A.C.N., in sede di prima applicazione, concerne il triennio economico 2001-2003 ed il biennio normativo ed economico 2004-2005, mentre, a regime, avrà durata quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica, ai sensi dell'art. 1, co. 178, della legge 30 dic. 2004, n. 311;
- l'A.C.N. di che trattasi, per effetto delle disposizioni di cui al citato art. 1, co. 178 legge 311/2004, rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo Collettivo;
- l'art. 2 del suddetto A.C.N. definisce i livelli

di negoziazione nazionale, regionale ed aziendale;

- l'art. 4 prevede la definizione di intese integrative a livello regionale;
- l'art. 14 individua i contenuti specifici demandati alla negoziazione regionale;

Richiamata la propria deliberazione n. 483 del 23.05.2005 ad oggetto l'istituzione del Comitato Permanente Regionale, composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle OO.SS. di categoria, deputato tra l'altro, ai sensi dell'art. 24 dell'A.C.N., alla definizione degli Accordi Regionali;

Evidenziato che dal nuovo assetto istituzionale delle autonomie conseguente alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha attribuito potestà legislativa concorrente alle Regioni in materia di tutela della salute, deriva la modifica del sistema della contrattazione collettiva che riserva:

- alla negoziazione nazionale la definizione degli aspetti generali del rapporto convenzionale, della struttura del compenso nonché delle prestazioni assistenziali correlate ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- alla contrattazione decentrata di secondo livello ampi margini d'intervento nell'individuazione degli obiettivi di salute delle modalità organizzative ed operative per attuarli, correlate alle diverse peculiarità locali;

Constatato che, in linea con gli indirizzi generali e gli obiettivi strategici espressi nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, l'A.C.N. dei medici di medicina generale:

- promuove il potenziamento delle cure primarie attraverso la realizzazione di una rete integrata di servizi in ambito distrettuale volta a garantire una più efficace risposta ai bisogni di salute dei cittadini attraverso l'aumento dell'accessibilità alle prestazioni erogate dalla medicina generale, facendo in

modo che i cittadini trovino sul territorio la risposta alla gran parte dei loro problemi di salute;

- promuove un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici nelle scelte di politica sanitaria, nella definizione degli obiettivi di salute e nell'individuazione dei meccanismi di verifica dell'appropriatezza;
- prevede un maggior riconoscimento delle quote retributive legate alla partecipazione a progetti e a programmi assistenziali ed al raggiungimento degli obiettivi programmati;

Rilevato:

- che, in coerenza con le suddette finalità generali delineate dall'A.C.N., la negoziazione regionale, è stata condotta in coerenza con i principi della regionalizzazione ed aziendalizzazione su cui si fonda il rinnovato contesto istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale nonché sulla riorganizzazione delle cure primarie, sancito dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dall'A.C.N., delle quali è preminente il processo di riassetto organizzativo e funzionale al fine di comportare, altresì, un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con altre professionalità sanitarie del territorio;
- che gli obiettivi sui quali la negoziazione regionale si è concentrata ha interessato le seguenti aree tematiche:
 - miglioramento dell'organizzazione del lavoro dei medici e dell'accessibilità agli studi, favorendo l'associazionismo, anche delle forme più semplici, fra medici nonché l'incentivazione dell'impiego di personale infermieristico e del collaboratore di studio ed, inoltre, la diffusione dell'informatizzazione;
 - aumento dell'accessibilità alle prestazio-

ni erogate dalla medicina generale per ridurre il ricorso improprio al pronto soccorso e ridurre le liste d'attesa con l'aumento dell'apertura concordata degli studi medici singoli ed associati, al fine di potenziare l'offerta sanitaria di primo livello;

- maggior coinvolgimento del medico nel raggiungimento degli obiettivi di salute concordati nel Distretto, riguardanti, in particolare, la gestione delle cure a lungo termine, l'appropriatezza e la razionalizzazione delle risorse sulla base della definizione di budgets distrettuali rapportati a specifici obiettivi da raggiungere a livello aziendale;
- l'attivazione delle èquipe territoriali quali strumenti attuativi della programmazione sanitaria e momenti organizzativi della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto, per l'erogazione appropriata dei livelli di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali;
- l'avvio di progetti aziendali/distrettuali finalizzati alla promozione del governo clinico coerenti con le linee programmatiche regionali (continuità dell'assistenza, appropriatezza delle prescrizioni, riduzione dei tempi di attesa, appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, accessi al pronto soccorso, prevenzione);

Considerato che i contenuti dell'allegato Accordo Regionale sono senz'altro da condividere poiché volti al graduale superamento dell'attuale organizzazione dell'assistenza primaria, recependo le previsioni degli atti programmatori regionali e nazionali, con l'obiettivo prioritario di assicurare una più efficace risposta alla crescente domanda di salute e continuità dell'assistenza e di garantire la migliore fruibilità possibile e qualità delle cure da parte dei cittadini, nell'ottica anche

della riduzione dei ricoveri impropri e nel rispetto del principio di appropriatezza e d'equità dell'uso delle risorse;

Ritenuto opportuno pervenire ad un sollecito recepimento dell'accordo in parola onde consentire una concreta attuazione dei criteri operativi in essi delineati, al fine di un potenziamento dell'attività della medicina generale su tutto il territorio regionale;

Rilevata la piena potestà amministrativa e normativa della Regione in materia sanitaria, conseguente all'attuazione della legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 di riforma del titolo V della Costituzione;

Vista la L.R. n. 77 del 17.09.99 e successive modificazioni ed integrazioni;

Dato atto, altresì, del parere favorevole espresso dal Direttore Regionale della Direzione Sanità di questa Regione e del Dirigente del

Servizio Assistenza Distrettuale Medicina di Base e Specialistica in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa ed alla legittimità del presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni e precisazioni
espresse in narrativa

- di approvare l'Accordo Regionale per la Medicina Generale, sottoscritto dal componente la Giunta alla Sanità e dalle Organizzazioni Sindacali di categoria FIMMG, Federazione Medici, Intesa Sindacale il cui testo è allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Segue allegato



Regione Abruzzo
Direzione Sanità

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
TRA I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E IL SSN**

**AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 23 MARZO 2005 E PER GLI
EFFETTI DELL'ART. 8, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE
MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI**

INDICE

Capo I - PRINCIPI GENERALI E ASSISTENZA PRIMARIA

Premessa	pag. 4
Articolo 1 Durata dell'Accordo integrativo Regionale	pag. 6
Articolo 2 Comitati aziendali e Comitato Regionale	pag. 6
Articolo 3 Linee guida per Accordi decentrati aziendali	pag. 6
Articolo 4 Equipe territoriali	pag. 7
Articolo 5 Nuclei per le Cure primarie per l'assistenza H 24	pag. 8
Articolo 6 Appropriatazza delle cure e dell'uso delle risorse	pag. 12
Articolo 7 Copertura ambiti territoriali	pag. 12
Articolo 8 Instaurazione del rapporto convenzionale	pag. 13
Articolo 9 Requisiti ed apertura studi medici	pag. 13
Articolo 10 Scelta del medico	pag. 13
Articolo 11 Forme associative dell'assistenza primaria	pag. 13
Articolo 12 Titoli per la formazione delle graduatorie	pag. 14
Articolo 13 Graduatorie regionali (art. 15 ACN)	pag. 14
Articolo 14 Formazione continua (art. 20 comma 15 ACN)	pag. 14
Articolo 15 Diritti Sindacali (art. 21 ACN)	pag. 15
Articolo 16 Diritto di sciopero e prestazioni indispensabili (art. 31 ACN)	pag. 16
Articolo 17 Collegio arbitrale (art. 38 ACN)	pag. 16
Articolo 18 Carta dei servizi (art. 45 comma 2 c)	pag. 16
Articolo 19 RSA e medici di medicina generale (art. 53, comma 1, c)	pag. 16
Articolo 20 Compensi e Fondi (art. 59 ACN)	pag. 17
Articolo 21 Visite per appuntamento	pag. 20
Articolo 22 Medici di assistenza primaria e codici bianchi al PS	pag. 20
Articolo 23 Calcolo del rischio cardiovascolare	pag. 21

Capo II - LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

pag. 23

Articolo 1 Criteri generali	pag. 24
Articolo 2 Forme organizzative	pag. 24
Articolo 3 Attribuzione degli incarichi	pag. 24
Articolo 4 Rapporto ottimale	pag. 24
Articolo 5 Regolamentazione mobilità interna (ex art.65, comma 8)	pag. 25
Articolo 6 Massimali	pag. 25
Articolo 7 Compiti del medico	pag. 26
Articolo 8 Prestazioni occasionali	pag. 27
Articolo 9 Competenze delle Aziende	pag. 28
Articolo 10 Coordinamento distrettuale del servizio di C.A.	pag. 28
Articolo 11 Sostituzioni ed incarichi provvisori	pag. 29
Articolo 12 Organizzazione della reperibilità	pag. 31
Articolo 13 Trattamento economico	pag. 32
Articolo 14 Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi	pag. 33
Articolo 15 Ricollocazione del medico non idoneo	pag. 34
Articolo 16 Diritto di sciopero	pag. 34

Capo III - L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	pag. 35
Articolo 1 Individuazione ed attribuzione degli incarichi	pag. 36
Articolo 2 Massimale orario	pag. 37
Articolo 3 Campo di applicazione e descrizione delle attività	pag. 38
Articolo 4 Compiti del medico e libera professione	pag. 38
Articolo 5 Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza	pag. 39
Articolo 6 Sostituzioni, incarichi provvisori- Reperibilità	pag. 40
Articolo 7 Trattamento economico- Riposo annuale	pag. 40
Articolo 8 Contributi previdenziali e Assicurazione	pag. 41
Articolo 9 Diritto di sciopero	pag. 42
Norme finali	pag. 43
Dichiarazioni a verbale	pag. 47
Allegato n. 1 Dati programma informatico Governo Clinico	pag. 50
Allegato n. 2 Moduli di adesione al progetto Governo Clinico	pag. 55
Allegato n. 3 Dotazione strumentale e farmacologica sedi Continuità	pag. 58
Allegato n. 4 Requisiti sicurezza sedi e automezzi Continuità Ass.	pag. 60
Allegato n. 5 Assistenza ai cittadini stranieri	pag. 61
Appendice n. 1 Diritto di sciopero	pag. 65

PREMESSA

Il rinnovato contesto istituzionale del S.S.N., sancito dai seguenti strumenti programmatici – P.S.N. 2003-2005, A.C.N., la Conferenza straordinaria dei Presidenti delle Regioni del 15 dicembre 2001, Atto di intesa Stato/Regioni del 24 luglio 2003, il ruolo più ampio delle Regioni in ambito sanitario derivante dalla modifica del titolo V della Costituzione, Conferenza Stato-Regioni del 29/07/04, ecc. – impongono la necessità di una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sanitarie territoriali, riservando l'assistenza ospedaliera alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta a favore del territorio che deve poter intercettare il bisogno sanitario e farsi carico in modo unitario e continuativo delle necessità socio-sanitarie dei cittadini.

Nell'ambito di detto scenario la Regione Abruzzo e le OO.SS. mediche con la stipula del presente Accordo Integrativo Regionale si pongono come obiettivo prioritario quello di potenziare l'offerta assistenziale del territorio con lo scopo di:

- offrire un servizio migliore ai cittadini;
- svolgere una ottimale funzione di filtro verso le strutture di II livello;
- riequilibrare, anche nel senso di risorse utilizzate, il rapporto ospedale-territorio.

Le modalità per raggiungere l'obiettivo sono :

- determinare le condizioni per favorire la nascita di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione rivolte, almeno inizialmente, ai medici di Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale che consentano la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore al giorno anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici;
- favorire l'associazionismo fra medici, dalle forme più semplici, sia perché rappresentano il nucleo fondamentale per giungere alle associazioni integrate e complesse, sia per facilitare l'assunzione e l'utilizzo di personale per gli studi;
- assicurare una maggiore disponibilità del medico di medicina generale attraverso l'istituto delle visite per appuntamento;
- monitorare le patologie croniche, primo passo per un efficace controllo della spesa anche mediante l'applicazione di protocolli regionali condivisi con gli specialisti;
- Potenziare l'assistenza domiciliare integrata.

Le risorse necessarie provengono in gran parte da una rimodulazione delle somme impiegate per gli istituti previsti dall'Accordo Integrativo Regionale stipulato ai sensi del D.P.R. 484/96.

CAPO I

PRINCIPI GENERALI E ASSISTENZA PRIMARIA

Articolo 1
DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

1. Il presente accordo entra in vigore dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale e dura fino alla stipula di nuovi accordi.
2. Le Parti Firmatarie, in considerazione che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'AIR ad eventuali cambiamenti del SSR, convengono che il Comitato Regionale è tavolo permanente di confronto ed è la sede deputata:
 - al monitoraggio della spesa relativa agli Accordi Regionali e Aziendali con cadenza almeno trimestrale;
 - alla corretta interpretazione e applicazione dell' ACN, del presente Accordo e degli accordi aziendali;
 - alla rinegoziazione di quanto concordato e/o alla negoziazione di nuovi accordi in base alle risorse che si rendessero disponibili alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale –territorio o per maggiori finanziamenti.

Articolo 2
COMITATI AZIENDALI E COMITATO REGIONALE
(art. 23 e 24 ACN)

1. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati di medicina generale: costituzione del Comitato permanente regionale” (DGR n°483 del 23-05-05).
2. Direttiva in merito alla costituzione dei Comitati Aziendali di medicina generale. (nota della Direzione Sanità prot. n° 15720/DG1 del 21-06-2005).

Articolo 3
LINEE GUIDA PER ACCORDI DECENTRATI AZIENDALI
(art 14 ACN)

1. Lo scopo degli accordi decentrati è quello di individuare opportunità, sistemi e destinazione di risorse atti a valorizzare le professionalità degli attori e a riconoscere il merito in termini di impegno e qualità delle prestazioni erogate.
2. L'organo trattante è il Comitato Aziendale.
3. Gli Accordi sono monitorati dal Comitato Regionale per la corretta, coerente e omogenea applicazione dell'ACN e del presente AIR.
4. Le risorse derivano dall'applicazione di processi di razionalizzazione della spesa sulla base delle Linee Guida concernenti il rispetto dei tetti di spesa programmati come da Delibera di Giunta Regionale n° 201 del 05.04.2004 (budget) e, per ogni

singola ASL, dalle somme degli assistiti che non hanno effettuato la scelta (art. 25 ACN comma 3 lett. D) pari a 100,00 euro per assistito per anno.

5. Per gli Accordi Aziendali stipulati ai sensi del successivo art. 4 del presente AIR, le risorse vengono attinte da un fondo aziendale pari a 3,00 euro per assistito per anno.

Articolo 4 EQUIPE TERRITORIALE (art. 26 ACN)

1. L'equipe territoriale è strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.
2. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 comma 1 e dell'art. 45 commi 2, 3 e 4, entro 60 giorni dalla data del provvedimento di Giunta Regionale di approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale, i Direttori dei Distretti Sanitari (Aree Distrettuali), o altro personale individuato dalle ASL, convocano i medici di Assistenza Primaria e i medici di Continuità Assistenziale, operanti nel territorio di competenza, al fine di concordare la costituzione delle équipes territoriali che devono essere formalizzate con provvedimento del Direttore Generale. In caso di inadempienza da parte della Azienda USL nei successivi 30 giorni i medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale comunicano ai Direttori di Distretto la costituzione delle singole équipes per la successiva formalizzazione con atto del Direttore Generale ASL.
3. L'ambito di operatività della equipe territoriale (che può ricomprendere anche più ambiti territoriali di scelta purché appartenenti allo stesso Distretto) è individuato concordemente dagli operatori interessati (Medici di Assistenza Primaria singoli e/o associati e medici della Continuità Assistenziale anche organizzati nelle forme associative proprie di cui all'art. 62 comma 5 dell'ACN) e dai rappresentanti dell'Azienda, deve avere caratteristiche uniformi per popolazione, collocazione geografica, riferimenti assistenziali di 2° livello e comprende, di norma, un bacino di utenza compreso tra 8.000 a 25.000 abitanti .
4. Ai sensi dell'art. 45 comma 4 lettera a, dell'art. 67 comma 16 lettera b), l'adesione ad una equipe è obbligatoria per i medici di Assistenza Primaria e per quelli di Continuità Assistenziale; ove necessario l'Azienda può coinvolgere in singoli progetti altre figure che operano nel territorio (gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri e il personale addetto al sociale).
5. Ogni equipe elegge fra i propri componenti un referente che dura in carica tre anni, rinnovabile una sola volta. Le funzioni del referente dell'equipe sono :
 - coordinamento dell'attività dell'equipe anche mediante riunioni, di norma bimestrali, regolarmente verbalizzate. La partecipazione alle riunioni è obbligatoria per tutti i componenti;
 - raccordo fra l'equipe e l'Azienda (di norma con l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali); nelle more della costituzione di questi organismi il raccordo

avviene in sede di Comitato Aziendale allargato a tutti i referenti di équipes ed ai Direttori di distretto (o altro personale individuato dall'Azienda).
Al referente dell'équipe per le funzioni di coordinamento e raccordo spettano euro 200,00 mensili omnicomprensivi.

6. Le attività possibili delle équipes, sia per i medici di Assistenza primaria che per i medici di Continuità assistenziale, comprendono :
 - campagne di educazione sanitaria;
 - prevenzione e cura delle dipendenze;
 - tutela dei disabili, degli anziani, dei soggetti "fragili";
 - sperimentazioni di processi di budget per diagnostica e/o farmaceutica;
 - implementazione di percorsi diagnostici-terapeutico condivisi e concordati a livello regionale;
 - partecipazione a campagne di prevenzione;
 - modalità integrate per l'assistenza ai pazienti in ADI specie per quella rivolta ai malati terminali;
 - appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la diagnostica ed i ricoveri;
 - altri progetti concordati, proposti dall'équipe medesima o dai rappresentanti dell'Azienda USL.
7. La realizzazione dei singoli progetti si concretizza attraverso la predisposizione di un programma di lavoro proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del Distretto e da essi concordato che assunto con atto formale dell'Azienda indichi:
 - i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse, gli obiettivi da raggiungere;
 - la possibilità di operare modifiche durante l'esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti;
 - l'individuazione delle risorse necessarie e la ripartizione degli incentivi anche per obiettivi intermedi, alle varie figure che partecipano al progetto (medici di Assistenza primaria, medici di Continuità assistenziale, ecc.).
8. I progetti devono essere approvati in sede di Comitato Aziendale allargato e, durante la prima fase sperimentale, sono monitorati in seno al Comitato Regionale che è deputato anche alla risoluzione di eventuali controversie interpretative.
9. Le risorse per la partecipazione alla fase progettuale e per la realizzazione del progetto concordato e sottoscritto fra il referente dell'équipe e la ASL, provengono da un fondo aziendale in ragione di 3,00 euro per assistito per anno.
10. Sono previste riunioni obbligatorie almeno con cadenza bimestrale per la stesura delle attività e per la verifica degli obiettivi raggiunti.

Articolo 5 **NUCLEI PER LE CURE PRIMARIE PER L'ASSISTENZA H 24**

1. In sintonia con quanto previsto dal:
 - a. **Art. 8, comma 1, lettera e, D. Lgs. N. 229/1999**
"garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione

professionale nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni”;

b. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

“determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell’assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano in sedi uniche la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore al giorno.

Nelle aree non urbane, nelle zone montane o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l’uso di sedi uniche è necessario promuovere l’uso dell’informatica”

Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l’efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d’attesa, l’attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull’accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.”;

c. Art. 4, comma 1, lettera c, A.C.N. (accordi regionali)

“l’organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici ... e la realizzazione della continuità dell’assistenza 24 ore su 24”.

La Regione Abruzzo e le OO.SS. mediche intendono ampliare l’offerta assistenziale incentivando quelle aggregazioni di medici che, su base volontaria, si organizzino per assicurare una copertura dell’assistenza nell’arco delle 24 ore.

2. Trattasi di modelli organizzativi, in seguito denominati Nuclei per le Cure Primarie della Medicina Generale, in cui la disponibilità del medico di Assistenza Primaria dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali e del medico di Continuità assistenziale dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali e festivi e dalle ore 10,00 alle ore 20,00 dei giorni prefestivi e dalle ore 8 alle ore 20 dei festivi con la collaborazione di altre figure della assistenza territoriale (specialisti ambulatoriali, infermieri, personale addetto al sociale dei Comuni e Comunità Montane) siano in grado di garantire un’offerta adeguata ai bisogni socio-sanitari dei cittadini e una risposta qualificata medica, infermieristica e specialistica nel corso delle 24 ore.
3. Tale modalità organizzativa si pone come obiettivo prioritario quello di intercettare il bisogno sanitario e non solo, grazie a:
 - il miglioramento del percorso assistenziale;
 - l’integrazione delle varie figure professionali;
 - la semplificazione per l’utente dei percorsi di accesso alle prestazioni;
 - l’appropriatezza delle prestazioni erogate;
 - l’educazione sanitaria;
 - la gestione della cronicità.
4. I nuclei delle Cure Primarie di norma comprendono un bacino di utenza di 6.000/15.000 assistiti e possono essere così articolati:

A) Assistenza H 24 in rete

con la partecipazione di:

- Medici di Assistenza Primaria.
- Medici di Continuità Assistenziale.

con i seguenti presupposti:

- il collegamento in rete per i medici di Assistenza Primaria con possibilità di accesso ai dati dei pazienti da parte dei medici di Continuità Assistenziale con scambio bidirezionale dei dati;
- la partecipazione di tutti i medici di Continuità Assistenziale presenti nella sede di guardia medica di riferimento, nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi una sola circoscrizione, in numero superiore al 50 % nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi due circoscrizioni o sedi con due o più medici per turno. In questi ultimi casi le turnazioni dovranno essere articolate in modo che per ogni turno sia in servizio almeno un medico aderente al Nucleo per le Cure Primarie.

con le seguenti modalità di partecipazione:

- garanzia dell'apertura dalle ore 8 alle ore 20 di uno studio dei medici di Assistenza Primaria facenti parte del Nucleo di Cure Primarie, attraverso il coordinamento degli orari e la permanenza di ogni medico nel proprio studio;
- garanzia dell'assistenza nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi da parte dei medici di Continuità Assistenziale che avranno dato la loro disponibilità a far parte del Nucleo di Cure Primarie: questi ultimi cureranno l'aggiornamento della scheda informatizzata dei pazienti da essi visitati (obiettività clinica, diagnosi, terapia praticata, motivazione dell'eventuale ricovero) attivando il collegamento con il sistema informatico del medico curante di Assistenza Primaria;
- possibilità di impiego diurno dei medici di Continuità Assistenziale secondo modalità organizzative definite nel regolamento interno anche ai fini del raggiungimento delle 38 ore settimanali previste dal comma 4 dell'articolo 5 dell'ACN (per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale).

B) Assistenza H 24 in gruppo

con la partecipazione di:

- Medici di Assistenza Primaria;
- Medici di Continuità Assistenziale associati o singoli;
- Collaboratore di studio dalle ore 8 alle ore 20 assunto secondo i CCNL di categoria;
- Personale infermieristico per 6 ore giornaliere assunto secondo i CCNL di categoria.

con i seguenti presupposti:

- il collegamento in rete per i medici di Assistenza Primaria con possibilità di accesso ai dati da parte della Continuità Assistenziale per uno scambio bidirezionale;
- la partecipazione di tutti i medici di Continuità Assistenziale presenti nella sede di guardia medica di riferimento, nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi una sola circoscrizione, in numero superiore al 50 % nel caso in cui il nucleo per le Cure Primarie interessi due circoscrizioni o sedi con due o più medici per turno. In questi ultimi casi le turnazioni dovranno essere articolate in modo che per ogni turno sia in servizio almeno un medico aderente al Nucleo per le Cure Primarie.

con le seguenti modalità di partecipazione:

- garanzia di apertura dalle ore 8 alle ore 20 di uno studio nella sede centrale di riferimento;
 - garanzia dell'assistenza da parte dei medici di Continuità Assistenziale nelle ore notturne, nei prefestivi e nei festivi anche nella sede centrale di riferimento: questi ultimi cureranno l'aggiornamento della scheda informatizzata dei pazienti da essi visitati (obiettività clinica, diagnosi, terapia praticata, motivazione dell'eventuale ricovero) e la relativa trasmissione dei dati al medico curante di Assistenza Primaria;
 - possibilità di impiego diurno dei medici di Continuità Assistenziale secondo modalità organizzative definite nel regolamento interno anche ai fini del raggiungimento delle 38 ore settimanali previste dal comma 4 dell'articolo 65 dell'ACN per i medici a rapporto esclusivo di Continuità Assistenziale.
5. I nuclei delle Cure Primarie devono operare in base a un regolamento che va inviato alla Azienda e all'Ordine dei Medici della Provincia di riferimento unitamente alla domanda di costituzione. Il regolamento deve prevedere :
- a. le modalità organizzative;
 - b. la ripartizione delle spese;
 - c. le caratteristiche e le modalità operative della interazione per via informatica;
 - d. gli orari di apertura degli studi;
 - e. l'organizzazione del personale di studio;
 - f. le modalità dell'assistenza domiciliare e di particolari forme di reperibilità concordate;
 - g. la regolamentazione per le variazioni di scelta dei medici facenti parte dell'equipe;
 - h. le modalità di coinvolgimento della Continuità Assistenziale in attività diurne;
 - i. la possibilità che la sede di riferimento possa essere sede della continuità assistenziale, previo parere dei medici interessati e del Comitato Aziendale.
6. L'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 30 giorni, ne prende atto con formale provvedimento. Gli effetti economici decorrono dal primo giorno del mese successivo alla presa d'atto.
7. Ai medici che costituiscono i Nuclei di Cure Primarie per svolgere l'assistenza H 24 sono dovuti i seguenti compensi:
- a. Euro 1,10 al mese per assistito ai medici di Assistenza Primaria che svolgano l'assistenza H 24 in rete.
 - b. Euro 1,50 al mese per assistito ai medici di Assistenza Primaria che svolgano l'assistenza H 24 in gruppo con la condivisione di una sede unica centrale.
 - c. Euro 0,30 al mese per assistito per la presenza obbligatoria del personale di studio (collaboratore di studio e infermiere) nell'assistenza H 24 in gruppo secondo gli orari definiti al comma 4 lettera b del presente articolo in aggiunta ai compensi previsti ai commi 6 e 7 lettera B dell'art. 59 dell'ACN.
 - d. Euro 4,00 all'ora in più rispetto al normale compenso orario ai medici di Continuità Assistenziale che svolgano una delle due tipologie di assistenza H 24. La dotazione di strumenti informatici (postazione informatica fissa per la sede, computer palmare/i e software di gestione della cartella clinica) è a carico dei medici; la predisposizione per i collegamenti mediante rete dedicata anche condivisa con altri servizi (es. CUP) o mediante rete internet, tramite collegamento ADSL o ISDN, è a carico della ASL.

8. Ai medici aderenti non spettano gli incentivi previsti dall'art. 59 lettera B commi 4 e 5 per le forme associative.
9. In caso di scioglimento delle forme associative di cui trattasi nel presente capo i medici possono ricostituire forme associative ai sensi dell'art. 54 anche in deroga a eventuali limitazioni.
10. Di norma i compensi dei medici di Assistenza Primaria aderenti ai N.C.P. sono a quota capitaria in base al numero degli assistiti in carico a ogni medico di Assistenza Primaria.
11. Al fine di favorire le aggregazioni e a salvaguardia dei medici con basso numero di scelte, gli aderenti ai nuclei di Cure Primarie, mediante dichiarazione nel regolamento interno, possono chiedere alla ASL che il totale delle quote capitarie di tutti i medici aderenti sia ripartito in percentuali diverse in base a un diverso carico di lavoro dei singoli partecipanti.
12. Nel caso in cui i medici di Continuità Assistenziale non siano disponibili a partecipare alla costituzione di nuclei di Cure Primarie per l'assistenza H 24, in rete e in gruppo, possono essere costituiti nuclei per le Cure Primarie solo per attività diurna H 12 di soli medici di assistenza primaria o nuclei per le Cure Primarie H 24 con il coinvolgimento di singoli medici di Assistenza Primaria in via sperimentale a livello aziendale.

Articolo 6
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE
(art. 27 ACN)

Nelle more della istituzione dei Distretti (Aree Distrettuali) ai sensi della legge n° 229/99, la commissione di cui all'art. 27 comma 4 dell'ACN (Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali) è sostituita dal Comitato Aziendale integrato con il responsabile del servizio farmaceutico territoriale e da un rappresentante medico della Direzione Sanitaria Aziendale.

Articolo 7
COPERTURA AMBITI TERRITORIALI
(art. 34 ACN)

Ai fini dell'assegnazione delle carenze di Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Territoriale) le accettazioni formulate tramite telegramma devono pervenire perentoriamente alle Aziende USL entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione delle medesime presso la Direzione regionale Sanità.

Articolo 8
INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE
(art. 35 ACN)

1. Al fine di favorire l'inserimento dei medici negli ambiti territoriali carenti, specie per quelli disagiati l'Azienda può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. Tale utilizzo è gratuito per un anno, salvo proroga, ma previo parere del Comitato Aziendale.
2. Nel corso del rapporto convenzionale, il medico che cambia residenza comunica all'Azienda il nuovo domicilio che deve comunque essere nell'ambito carente assegnatogli e purché tale trasferimento non comporti disservizio alcuno nell'erogazione dell'assistenza.
3. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi dello stesso ambito territoriale, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'art. 36 dell'ACN, può essere frazionato previa comunicazione alla Azienda.

Articolo 9
REQUISITI ED APERTURA STUDI MEDICI
(art. 36 ACN)

I medici che aderiscono a forme associative della medicina generale ai sensi dell'art. 54 dell'ACN e ai sensi dell'art. 5 del presente AIR sono tenuti al rispetto dell'orario minimo così come determinato dall'ACN all'art. 36 comma 5.

Articolo 10
SCELTA DEL MEDICO
(art. 40 ACN)

Per i cittadini non residenti l'iscrizione temporanea, da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, prorogabile, può essere consentita per motivi di studio, di salute e di lavoro solo previo accertamento da parte della ASL accettante dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi della Azienda ASL di residenza e mediante autocertificazione dei requisiti richiesti.

Articolo 11
FORME ASSOCIATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
(art. 54 ACN)

In considerazione della distribuzione della popolazione della regione Abruzzo prevalentemente in piccoli comuni, a bassa intensità abitativa e con difficoltà di comunicazione specie nella stagione invernale, sono consentite forme associative di due soli medici purché in comuni con popolazione al di sotto dei 5.000 abitanti, appartenenti al medesimo ambito di scelta.

Articolo 12
TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE
(art. 16 ACN)

1. Le percentuali per l'assegnazione a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di assistenza primaria e continuità assistenziale vengono così determinate:
 - > 67 % ai medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
 - > 33 % ai medici in possesso di titolo equipollente.

Articolo 13
GRADUATORIE REGIONALI
(art. 15 ACN)

Ai fini di quanto stabilito dall'art. 15, comma 1 dell' ACN 23.03.2005, (graduatoria regionale) la regione Abruzzo individua, a partire dall'anno 2007, quattro distinte graduatorie di settore (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza territoriale, Medicina dei servizi territoriali).

Articolo 14
FORMAZIONE CONTINUA
(art. 20, comma 15, ACN)

1. In applicazione dell'art. 20 comma 15 dell'ACN è istituito un Albo Regionale degli Animatori di Formazione in Medicina Generale e un Albo Regionale dei Docenti in Medicina Generale.
2. All'Albo Regionale degli Animatori di Formazione in Medicina Generale sono iscritti gli Animatori di Formazione in Medicina Generale che abbiano acquisito il titolo dopo frequenza di un corso specifico organizzato da Società Scientifiche a valenza nazionale e da Scuole Regionali di Formazione riconosciute dalla Regione.
3. L'iscrizione all'Albo Regionale degli Animatori di Formazione in Medicina Generale è consentito ai medici di medicina generale che, oltre al possesso del titolo specifico, abbiano anche i seguenti requisiti:
 - > titolarità nella convenzione in uno dei settori della Medicina Generale da almeno 5 anni;
 - > numero minimo di assistiti pari a 800 al momento della domanda di ricertificazione per i titolari di rapporto convenzionale con l'Assistenza Primaria, 24 ore di incarico per i titolari di Continuità Assistenziale, incarico a tempo pieno per i titolari di Emergenza Sanitaria Territoriale;
4. L'Albo Regionale degli Animatori di Formazione permanente sarà unico pur essendo i medici di medicina generale distinti per ciascuno dei tre settori di appartenenza.
5. Il numero di Animatori di Formazione in Medicina Generale da iscrivere nell'apposito Albo è stabilito, di norma, in un animatore di formazione ogni quindici medici convenzionati.

6. E' consentita l'iscrizione all'Albo regionale in qualità di sostituti, subordinata al fabbisogno previsto dal comma 5, ai medici di Medicina Generale che acquisiscano il titolo di Animatore di Formazione fra una ricertificazione e l'altra.
7. Ogni cinque anni, di norma, la Regione istituisce corsi di ricertificazione degli iscritti all'Albo regionale degli Animatori di Formazione in Medicina Generale siano essi titolari che sostituti.
8. All'Albo Regionale dei Docenti in Medicina Generale possono iscriversi i medici di Medicina Generale in possesso dei seguenti requisiti:
 - titolarità nella convenzione in uno dei settori della Medicina Generale da almeno 10 anni;
 - iscrizione all'Albo Regionale degli Animatori di formazione in qualità di titolare.
 - iscrizione a una Società Scientifica nazionale accreditata e/o a una Scuola Regionale di Formazione in Medicina Generale;
 - iscrizione all'Albo Regionale dei Tutor per il corso specifico della Medicina Generale;
 - iscrizione all'Albo Regionale dei Tutor valutatori per l'esame di stato necessario all'iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici;
9. Il numero dei Docenti in Medicina Generale da iscrivere nell'apposito Albo è stabilito in un docente ogni trenta medici convenzionati.
10. Ogni cinque anni, di norma, la Regione istituisce corsi di ricertificazione degli iscritti all'Albo regionale dei Docenti in Medicina Generale.
11. I bandi per accedere ai corsi per Animatori di Formazione e all'Albo dei Docenti di Medicina Generale sono pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.
12. La mancata partecipazione ai corsi di ricertificazione sia per gli Animatori di formazione che per i Docenti in Medicina Generale, comporta l'automatica cancellazione dall'Albo.

Articolo 15
DIRITTI SINDACALI
(art. 21 ACN)

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale, per la partecipazione a Comitati e Commissioni previsti dall'ACN, dal presente AIR e da normative nazionali, regionali e aziendali (ove non sia previsto esplicitamente alcun rimborso) spetta un gettone di presenza pari a 70,00 euro lorde, le spese per sostituzione (in forma forfetaria o secondo quanto previsto dall'art 21 comma 3 ACN) e le spese di viaggio nella misura stabilita dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

Articolo 16
DIRITTO DI SCIOPERO E PRESTAZIONI INDISPENSABILI
(art. 31 ACN)

Per le prestazioni indispensabili di assistenza primaria così come individuate al comma 3 dell'art. 31 ACN, spetta al medico che aderisce allo sciopero il 50 % della quota capitaria (art. 59 lettera A comma 1 ACN).

Articolo 17
COLLEGIO ARBITRALE
(art. 38 ACN)

Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio Arbitrale. Costituzione e disciplina . (DGR n° 794 dell'8-08-2005).

Articolo 18
CARTA DEI SERVIZI
(art. 45 comma 2 c)

Il Comitato Regionale individua fra i suoi componenti una commissione che deve, entro 120 giorni dall'approvazione da parte della Giunta Regionale dell'AIR, predisporre una Carta dei Servizi in merito ai compiti e ai diritti e doveri del medico e dei cittadini, da mettere a disposizione negli studi medici, nelle sedi di continuità e nei presidi distrettuali.

Articolo 19
RSA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE
(art. 53 comma 1 c)

1. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture extra-ospedaliere gestite da soggetti pubblici o privati, o in forma mista, finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno per patologie croniche nei confronti di persone ultra sessantacinquenni non autosufficienti e di persone disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio, richiedenti trattamenti continui e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78.
2. L'offerta assistenziale di RSA si rivolge a:
 - a) soggetti anziani (ultra sessantacinquenni) non autosufficienti;
 - b) soggetti (anche di età inferiore ai 65 anni) disabili fisici, psichici e sensoriali, gravi e gravissimi, e dementi.
3. L'ammissione in RSA è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale).
4. L'UVM, unica per ADI e RSA, è costituita a livello di Area Distrettuale e prevede la presenza del medico di Medicina Generale.

5. Le UVM per l'ammissione dei pazienti in RSA utilizzano schede di valutazione multidimensionale previste dalla normativa nazionale e regionale per stabilire il grado di dipendenza, il grado di fragilità e di comorbidità e il fabbisogno assistenziale
6. Le UVM possono essere attivate da parte del:
 - > Medico di Assistenza Primaria del paziente, nel caso di paziente a domicilio;
 - > Medico del Reparto ospedaliero o del Reparto della Casa di Cura accreditata, nel caso di paziente ricoverato.
7. Le proposte di ricovero in RSA vanno indirizzate all'UVM dell'Area Distrettuale di residenza del paziente.
8. Al medico di Assistenza Primaria chiamato dall'UVM distrettuale a partecipare alla valutazione delle condizioni di salute dell'assistito per l'ammissione in RSA è corrisposta la somma di euro 50,00.
9. E' fatto salvo al medico di Assistenza Primaria, vista la temporaneità della permanenza in RSA dell'assistito, il mantenimento della titolarità della scelta dello stesso.
10. Gli accessi concordati sulla base del P.A.I. ed effettuati dal medico di Assistenza Primaria rientranti nell'attività della Medicina Generale convenzionata, sono retribuiti nella misura prevista per l'accesso in ADI (23,00 euro). Stessa retribuzione verrà corrisposta ai medici della Continuità Assistenziale, qualora chiamati a prestare la loro opera.
11. Gli accessi possono essere assicurati o dal medico titolare della scelta se la RSA insiste nell'ambito di scelta in cui il sanitario opera o da un medico di Assistenza Primaria diverso da quello titolare della scelta che operi nell'ambito di ubicazione della RSA e che abbia comunicato all'Azienda la sua disponibilità a offrire tale tipologia di assistenza, sia stato iscritto in un elenco all'uopo istituito presso il Distretto e sia titolare di un minor numero di scelte.
12. Le prescrizioni per l'esecuzione di visite specialistiche e di esami diagnostici e per l'approvvigionamento dei farmaci, che dovessero rendersi necessarie durante la permanenza dell'assistito in RSA sono redatte dal medico di Assistenza Primaria o dal medico di Continuità assistenziale, secondo modalità concordate a livello regionale con i servizi competenti
13. L'attivazione della Continuità Assistenziale è legata alle sole prestazioni urgenti.

Articolo 20
COMPENSI E FONDI
(art. 59 ACN)

1. **LETTERA B commi 1,2,3: FONDO PER FORME ASSOCIATIVE, PERSONALE DI STUDIO E INFORMATIZZAZIONE**
La quota è quantificata in euro 5,391 per assistito per anno; tale fondo è inalienabile,vincolato,non soggetto a stralci ed aperto ad eventuali altri contributi per

incentivare le forme associative ai sensi dell'art 54 dell'ACN, l'assunzione di personale di studio e l'informatizzazione.

2. LETTERA B, comma 14: INDENNITA' PER COLLABORATORE DI STUDIO E INFERMIERE

L'indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiere professionale è corrisposta al medico singolo o ai medici che prestano la loro attività in forma associata purché il contratto di lavoro sia stipulato in rapporto ad un impegno orario minimo legato al numero degli assistiti così come da documento sottoscritto dalle parti in data 03.11.2005:

A) Orario minimo settimanale del collaboratore di studio per medico singolo o associato

Fino ad 850 assistiti	3 ore
Fino a 1050 assistiti	4 ore
Fino a 1200 assistiti	5 ore
Fino a 1400 assistiti	6 ore
Fino a 1500 assistiti	7 ore

B) Orario minimo settimanale per il personale infermieristico per medico singolo o associato

Fino a 800 assistiti	3 ore
Fino a 1000 assistiti	4 ore
Fino a 1100 assistiti	5 ore
Fino a 1300 assistiti	6 ore
Fino a 1500 assistiti	7 ore

3. LETTERA B, commi 15 e seguenti : GOVERNO CLINICO

Il governo clinico è una procedura in grado di permettere al paziente di essere orientato in un percorso assistenziale virtuoso, nel quale l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni permette il governo della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Le patologie da monitorare sono:

- diabete mellito;
- ipertensione arteriosa;
- BPCO.

Il monitoraggio che si sviluppa nell'arco di tempo di tre anni prevede dei target annuali.

Per ciascuna patologia è previsto, al raggiungimento dei target stabiliti, un terzo della quota del governo clinico pari per il primo anno a euro 1,026. Le somme non impiegate, che sono vincolate, devono essere ripartite in parte fra i medici che hanno aderito al progetto e in parte riutilizzate nell'anno successivo secondo le determinazioni del Comitato Regionale da definirsi entro sei mesi dall'approvazione dell'AIR.

La quota di euro 3,08 continua ad essere erogata, in tutto o in parte, nelle proporzioni sopra specificate, a fronte di una dichiarazione di adesione al monitoraggio, da parte dei medici interessati, da presentare entro 30 giorni dalla data di certificazione da parte della Regione degli strumenti informatici necessari per il governo clinico.

In caso di non adesione o adesione parziale, la quota, o sua frazione, viene sospesa a partire dalla data di certificazione da parte della Regione.

La adesione al monitoraggio si intende tacitamente rinnovata di anno in anno senza ulteriori dichiarazioni.

Il monitoraggio comprende l'individuazione dei soggetti affetti, la raccolta di dati epidemiologici utili alla classificazione e alla stadiazione delle malattie, al fine di permettere un corretto iter diagnostico e terapeutico e la programmazione di una strategia di riduzione del rischio di complicanze e dell'incidenza di ricoveri legati alle malattie stesse come da schema dettagliato allegato (allegato n. 1)

E' parte integrante del monitoraggio la presentazione, da parte dei medici aderenti, di un report periodico, a cadenza annuale su supporto informatico.

Al report va allegata una dichiarazione per ognuna delle patologie croniche monitorate valida come autocertificazione della partecipazione al monitoraggio e del raggiungimento del target stabilito per l'anno in corso attraverso un modulo (allegato n. 2).

In mancanza del report e della acclusa dichiarazione la ASL provvede alla sospensione della erogazione della quota di 3,08 euro per assistito, o frazione di esso, ed al recupero delle somme non dovute.

Fino a certificazione da parte della Regione degli standard informatici da effettuarsi entro sei mesi dall'approvazione da parte della Giunta Regionale dell'AIR è fatta salva l'erogazione in quota capitarla a tutti i medici di Assistenza Primaria della quota del fondo del governo clinico pari a 3,08 euro per assistito per anno.

4. **LETTERA C comma 2: ADI**

In attesa delle modifiche che la Regione intende apportare al servizio ADI i compensi per gli accessi sono definiti in euro 23,00 e i compensi, per il coordinamento del caso e per la tenuta della cartella, sono definiti in euro 60,00;

Nei pazienti oncologici e ad alta complessità assistenziale, per il coordinamento del caso e per la tenuta della cartella, il compenso è pari a euro 90,00;

I nuovi compensi decorrono dalla data di approvazione del presente AIR da parte della Giunta Regionale.

5. **LETTERA D comma 2: ZONE DISAGIATE**

Per gli assistiti residenti nei comuni o frazioni individuati dalla Regione come "zone disagiate" è corrisposto un compenso pari a euro 6,1975 per assistito/anno così come previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n° 674 del 19.06.2006.

Articolo 21**VISITE PER APPUNTAMENTO**

1. Per poter consentire una migliore fruibilità da parte dell'utenza degli studi di medicina generale le Parti Firmatarie del presente Accordo ritengono utile promuovere l'istituto delle visite per appuntamento.
2. L'attivazione dell'istituto e il relativo orario delle visite per appuntamento sono comunicate all'Azienda e agli assistiti.
3. L'orario dedicato alle visite per appuntamento, riservato esclusivamente ai propri assistiti in convenzione, è aggiuntivo all'orario minimo di studio.
4. Le ore dedicate alle visite per appuntamento non possono essere utilizzate dal singolo medico per coprire la disponibilità al servizio da svolgere per l'H 12.
5. L'incentivo per tale prestazione aggiuntiva è così determinato:
 - > per quattro ore settimanali euro 300,00 al mese;
 - > per sei ore settimanali euro 450,00 al mese.
6. Il medico conserva per un anno la documentazione delle prestazioni erogate per eventuali controlli da parte dell'Aziende.

Articolo 22**MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E CODICI BIANCHI AL PRONTO SOCCORSO**

1. Ogni giorno in Italia milioni di persone si rivolgono al Pronto Soccorso quando hanno un qualsiasi problema sanitario; è un numero in costante crescita che va a discapito della necessità di concentrare tutte le risorse umane e tecnologiche per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti.
2. Per decongestionare queste strutture si propone alle ASL interessate la possibilità di sperimentare l'impiego dei medici di Assistenza Primaria per l'espletamento dei "codici bianchi" in Pronto Soccorso secondo la seguente procedura :
 - a. Nella ASL che decida di sperimentare questa forma di collaborazione, i medici di Assistenza Primaria vengono invitati a produrre le relative domande.
 - b. In ogni sede di Pronto Soccorso è stilata una graduatoria in base al numero delle scelte in carico a ogni medico che si renda disponibile a tale collaborazione; è titolo preferenziale il basso numero di scelte e la titolarità solo nel settore dell'Assistenza Primaria.
 - c. Il medico di Assistenza Primaria può partecipare alla sperimentazione solo presso i Pronto Soccorsi che siano al di fuori del proprio ambito di scelta.
 - d. L'attività deve essere svolta in idonei locali contigui al Pronto Soccorso.
 - e. I ricettari utilizzati per la prescrizione dei farmaci e/o degli esami sono quelli della struttura; il timbro apposito è quello del medico che prescrive.

- f. Il compenso orario previsto è pari ad euro 50,00 a ora da attingere ad apposito fondo istituito dall'Azienda.
- g. E' previsto un Coordinatore dei medici di Assistenza primaria nel Pronto Soccorso con i seguenti compiti:
- rappresentare il tramite fra medici di Assistenza Primaria e il Responsabile del Pronto Soccorso e/o la Direzione Sanitaria di Presidio per risolvere le problematiche logistiche e gestionali del servizio, in particolare per l'organizzazione dei turni;
 - promuovere tra i colleghi azioni utili al miglioramento del servizio, nonché all'adozione degli strumenti del governo clinico e dell'audit;
 - promuovere modalità di lavoro basate su valutazioni collegiali del servizio con incontri periodici (almeno ogni tre mesi), fungendo da interfaccia tra i colleghi e i Referenti dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero;
 - partecipare alle attività degli organismi istituzionali delle Direzioni Aziendali;
- h. I Coordinatori sono eletti dai medici di Assistenza Primaria che espletano il servizio; l'incarico ha durata annuale ed è rinnovabile una sola volta.
- i. I Coordinatori per lo svolgimento delle suddette attività devono impegnare 3 ore settimanali, presso la sede dell'ambulatorio dei codici bianchi, con singoli accessi non inferiori all'ora; per tale incarico, che è aggiuntivo al servizio attivo in ambulatorio, è previsto un gettone omnicomprensivo pari euro 25,00 a ora.

Articolo 23 CALCOLO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

1. La Regione Abruzzo e le OO.SS mediche, ritengono utile incentivare con gli Accordi Regionali, il calcolo del rischio cardiovascolare nella popolazione di età compresa fra i 40 e i 69 anni, secondo le indicazioni della Carta del Rischio Cardiovascolare.
2. Le Parti Firmatarie intendono raggiungere un duplice scopo:
 - da un lato ottenere dati epidemiologici certi e confrontabili sulla situazione del rischio cardiovascolare nella Regione Abruzzo;
 - dall'altro impegnare la Medicina Generale abruzzese non solo nella prevenzione, ma soprattutto in una medicina di iniziativa che, per i singoli pazienti, sulla base delle indicazioni della Carta del Rischio Cardiovascolare:
 - individui i fattori di rischio dei propri pazienti e li corregga;
 - intervenga sullo stile di vita non appropriato;
 - valuti e corregga l'obesità.
3. Per l'attuazione pratica si fa riferimento alla Carta del Rischio con produzione di reports annuali su supporto informatico da inviare alla ASL di appartenenza e all'Agenzia Sanitaria Regionale.
4. Il rischio cardiovascolare per ogni paziente della popolazione di riferimento (40-69 anni) va calcolato rilevando:
 - Sesso;
 - Età (40-49, 50-59, 60-69);
 - La pressione arteriosa massima;
 - Colesterolo totale;

- Esistenza o meno di una diagnosi di ipertensione arteriosa (Linee guida);
 - Esistenza o meno di una diagnosi di diabete mellito (Linee guida);
 - Abitudine al fumo;
5. I valori del colesterolo sono validi per la prima rilevazione se effettuati nei tre mesi precedenti. Per le successive rilevazioni si fa riferimento alla relativa classe di rischio.
Il calcolo del rischio cardiovascolare va effettuato in maniera casuale, nel momento in cui il paziente afferisce allo studio del medico, anche per evitare che si verifichi un eccessivo e contemporaneo affollamento dei servizi di diagnostica di laboratorio.
6. La valutazione va prodotta, nel primo anno, o comunque almeno una volta per tutti i pazienti appartenenti alla fascia di età stabilita, successivamente va ripetuta:
- ogni sei mesi nei pazienti con rischio vascolare alto > al 20%;
 - ogni anno nei pazienti con rischio vascolare medio > al 5% ed < al 20%;
 - ogni cinque anni nei pazienti con rischio vascolare basso < al 5%.
7. Annualmente vengono inseriti i nuovi pazienti in riferimento alla fascia di età.
8. Ogni scheda del calcolo del rischio, esclusivamente su supporto informatico, è remunerata con euro 10,00.
9. La determinazione del rischio cardiovascolare avrà inizio con la certificazione della Regione del programma gestionale da effettuarsi entro 90 giorni dall'approvazione da parte della Giunta Regionale del presente Accordo Integrativo.

CAPO II

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Articolo 1

CRITERI GENERALI

1. La Continuità Assistenziale è soggetto erogatore di uno specifico livello assistenziale nell'ambito delle cure primarie, per interventi territoriali non differibili notturni, prefestivi e festivi, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali, nei confronti della popolazione residente nel territorio della Regione Abruzzo, inclusa l'utenza pediatrica.
2. I turni notturni e diurni festivi sono di 12 ore, quelli prefestivi di 10 ore: l'orario continuativo di lavoro per i MCA può, previo assenso del medico, protrarsi per 24 ore.
3. Le Aziende possono prevedere l'attivazione della Continuità Assistenziale in orari diversi da quelli sopra evidenziati, per assicurare la copertura assistenziale durante lo svolgimento dei corsi di cui all'art. 20 comma 8 con le modalità di cui all'art. 20 comma 12 del vigente ACN.
4. Per l'attivazione della Continuità Assistenziale al di fuori di quanto previsto dal precedente comma 3, va corrisposto ai medici di Continuità Assistenziale un compenso onnicomprensivo di 50 euro/h.

Articolo 2

FORME ORGANIZZATIVE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. I medici di Continuità Assistenziale possono dar vita a forme organizzative proprie della Continuità Assistenziale raggruppanti medici prestanti servizio nello stesso ambito distrettuale.
2. Tali forme organizzative individuano proprie figure di Coordinamento, sia ai fini della gestione degli aspetti organizzativi del servizio con particolare riferimento a quanto previsto dagli artt. 70 e 71 del vigente ACN, sia per quanto concerne la programmazione e la messa in atto delle attività in Equipes e UTAP.
3. E' rimessa ad apposita contrattazione aziendale la definizione delle forme associative di cui al presente articolo.

Articolo 3

ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

E' fissato in 90 giorni massimo, dalla data di scadenza della pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino della regione Abruzzo il tempo entro cui le Aziende conferiscono definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato.

Articolo 4

RAPPORTO OTTIMALE

1. Il rapporto ottimale su tutto il territorio della Regione Abruzzo è fissato a 1 medico ogni 3500 abitanti.

2. Il rapporto ottimale è stabilito in 1/3.500, su base aziendale.
3. Laddove detto rapporto dovesse risultare più basso, sulla base delle caratteristiche orogeografiche, abitative ed organizzative dell'ASL, è confermato l'attuale monteorario destinato dalle dotazioni organiche aziendali al servizio della C.A. e conseguentemente il numero di postazioni in essere nell'azienda medesima.
4. Si provvede all'adeguamento delle dotazioni organiche in tutti gli altri casi.
5. Eventuali deroghe proposte dall'ASL sono oggetto di parere vincolante del Comitato Permanente Regionale e varate mediante delibera di Giunta Regionale.

Articolo 5
REGOLAMENTAZIONE DELLA MOBILITÀ INTERNA
(ex art. 65 comma 8)

1. Al fine di consentire la mobilità interna dei medici di continuità assistenziale che intrattengono un rapporto convenzionale a tempo indeterminato con una Azienda U.S.L., ai sensi del vigente ACN, si adotta la seguente procedura:
 - a) le A.U.S.L. individuano le zone carenti (sedi e orario complessivo) che si sono determinate entro il 1° marzo ed il 1° settembre dell'anno in corso;
 - b) con avviso da divulgare a tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per le attività in oggetto nella ASL, si acquisiscono le disponibilità a trasferirsi nelle circoscrizioni di continuità assistenziale nelle quali si è determinata la carenza; in fase di attribuzione delle nuove sedi di attività si terrà conto anche di quelle che si liberano a seguito dell'espletamento della procedura in oggetto;
 - c) i medici interessati inoltrano apposita domanda entro sette giorni dal recepimento dell'avviso, indicando l'anzianità di incarico nella sede dove attualmente sono in servizio, età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
 - d) le A.U.S.L. stilano apposita graduatoria dei medici che hanno inoltrato istanza di mobilità graduando secondo l'anzianità di incarico nella sede dove attualmente sono in servizio; a parità di anzianità prevalgono nell'ordine età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
 - e) esperita questa procedura le A.U.S.L. rideterminano le zone carenti che verranno pubblicate ai sensi del vigente ACN indicando la sede e le ore di incarico incidenti in ciascuna sede.
 - f) I medici non possono concorrere all'assegnazione di carenze per le attività in oggetto nella ASL dove sono già incaricati a tempo indeterminato con le procedure dell'art. 63 del vigente ACN e possono avvalersi solo della presente procedura di mobilità.
 - g) I medici che si siano già avvalsi della mobilità non possono usufruirne ulteriormente prima che siano trascorsi due anni, in analogia alle procedure di trasferimento entro la Regione, di cui all'art. 63 comma 2 punto a).

Articolo 6
MASSIMALI

1. L'incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale è di 24 ore settimanali. Ai medici titolari facenti parte di forme associative funzionali, con progetti

assistenziali oggetto di appositi accordi regionali o aziendali, sono conferite ulteriori 4 ore settimanali per attività diurne feriali che non concorrono alla determinazione del massimale orario.

2. Nelle more di quanto sopra è confermata l'attribuzione del "plus orario" anche ai medici che esercitano in forma singola, come già previsto nell'AIR ai sensi del 484/96 e del 270/00. Le 4 ore di plus orario sono conferite ai medici incaricati a tempo indeterminato per la Continuità assistenziale in attività notturna, prefestiva e festiva o, su base volontaria, in attività assistenziali distrettuali.
3. In presenza di attività in forme associative strutturali, al medico titolare di Continuità Assistenziale sono attribuibili ulteriori 14 ore diurne feriali fino ad un massimale orario di 38 ore settimanali. In questo caso l'incarico è a tempo pieno e incompatibile con qualunque altro incarico convenzionale.
4. In merito a quanto previsto dall'art. 65 comma 14 dell'ACN, a garanzia della continuità del servizio, le Aziende possono attribuire ore di attività eccedenti l'incarico, ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in ugual misura tra tutti i medici, acquisita la disponibilità degli stessi ad ampliare l'orario. Tali eccedenze orarie non comportano variazioni dell'orario di incarico, che permane di 24 ore settimanali.

Articolo 7 COMPITI DEL MEDICO

1. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il medico di Continuità Assistenziale assicura le visite domiciliari e territoriali non differibili effettuando gli interventi ritenuti appropriati, nei confronti dei residenti della Regione Abruzzo.
2. In sede di comitato regionale, analogamente a quanto previsto per la Assistenza Primaria, viene predisposta la Carta dei Servizi della Continuità Assistenziale, allo scopo di regolamentare le modalità di erogazione delle prestazioni.
3. Specifici Accordi Aziendali possono prevedere, nelle postazioni in cui vi siano le necessità e i requisiti strutturali, la erogazione di attività ambulatoriali alla popolazione assistita.
Il compenso orario aggiuntivo per tali attività è stabilito in euro 4,00.
4. I medici di Continuità Assistenziale si impegnano a garantire nei confronti dei pazienti assistiti nei programmi di ADI e ai pazienti assistiti nelle case protette convenzionate e non convenzionate (per i quali sia stato attivato dal medico di medicina generale il programma assistenziale ADR) la necessaria continuità terapeutica in collegamento ed integrazione con il medico di medicina generale, al fine di assicurare a domicilio del paziente o presso la struttura protetta un'assistenza continuativa e globale per l'intero arco della giornata, così da evitare ricoveri ospedalieri inappropriati.
I compensi da corrispondere ai medici per ogni singolo accesso sono quelli previsti dal presente AIR al capo Assistenza Primaria.
5. In caso di attivazione occasionale, e per comprovati motivi, del medico di Continuità Assistenziale da parte della Centrale Operativa 118, è corrisposto al medico un gettone di euro 35,00.

6. Per gli interventi di cui al precedente comma, i medici devono avere adeguata copertura assicurativa e legale e, alla fine degli stessi, va loro assicurato il ritorno in sede.
7. Medici di CA non possono essere attivati dalla C.O. 118 per le constatazioni di decesso.
8. In caso di ricorso abituale da parte della C.O. 118 ai medici prestanti servizio presso una sede, si adotta il protocollo **"MECCANISMI DI OPERATIVITÀ SINERGICA TRA SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E SERVIZIO 118"**. Tale protocollo è concordato in sede regionale da rappresentanti della EST e della Continuità Assistenziale, all'uopo designati, su proposta delle OO.SS. maggiormente rappresentative.
9. Si configura il ricorso abituale allorché il numero di attivazioni dei medici di Continuità Assistenziale operanti presso una sede ecceda il numero di 4 in un mese per tre mesi anche non consecutivi. Ai suddetti medici, in applicazione del protocollo di cui al precedente comma 8, va corrisposto il compenso aggiuntivo di 7,50 Euro/h a partire dal mese successivo.

Articolo 8 PRESTAZIONI OCCASIONALI.

1. Hanno diritto ad usufruire gratuitamente del servizio di Continuità Assistenziale gli utenti con residenza o domicilio sanitario nelle ASL della Regione Abruzzo, che esibiscono il prescritto documento rilasciato dai competenti uffici della ASL in cui ricade il domicilio.
2. Il medico di Continuità Assistenziale presta la propria opera anche nei confronti di utenti che, trovandosi fuori del proprio ambito di residenza, ricorrono al servizio di Continuità Assistenziale.
3. Per i cittadini italiani non residenti nella Regione Abruzzo, la visita occasionale di cui sopra, è compensata dall'utente direttamente al medico di Continuità Assistenziale che le effettua, con rilascio di regolare ricevuta, secondo le quote previste per le visite occasionali di cui all'art. 57 dell'ACN, ovvero:
 - a. Visite ambulatoriali euro 15,00;
 - b. Visite domiciliari euro 25,00.
4. Al medico convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri di cui all'allegato n° 5 in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Sistema Sanitario Pubblico, sono attribuiti dalla ASL gli stessi compensi di cui al punto 3. In tal caso il medico notula alla propria Azienda le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'Allegato R dell'ACN, su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto, e il tipo di prestazione effettuata.
5. Nell'espletamento delle visite occasionali di cui al presente articolo, al medico è consentito utilizzare il modello prescrizione-proposta del SSN, secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza dell'assistito.

Articolo 9

COMPETENZE DELLE AZIENDE

1. Ai fini di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 68 per l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale occorrente per gli interventi del medico di Continuità Assistenziale, va fatto riferimento al Protocollo di cui all'Allegato 3.
2. Relativamente ai requisiti minimi delle sedi e degli automezzi di servizio va fatto riferimento all'Allegato 4.

Articolo 10

COORDINAMENTO DISTRETTUALE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. Ai fini di quanto previsto dal presente articolo e dall'art. 62 comma 5 del vigente ACN, è istituita la figura di Coordinatore Distrettuale del Servizio di Continuità Assistenziale. Il Coordinatore Distrettuale del Servizio di Continuità Assistenziale è rappresentato da un medico appartenente al Servizio, titolare di incarico a tempo indeterminato nelle circoscrizioni ricomprese nel Distretto.
2. Sono compiti propri del coordinatore:
 - rappresentare il tramite fra i Colleghi e il Responsabile del Distretto per risolvere le problematiche logistiche e gestionali inerenti al servizio, in particolare per il buon funzionamento dei turni di guardia;
 - promuovere tra i Colleghi azioni utili al miglioramento del servizio, nonché all'adozione degli strumenti del governo clinico e di audit per le attività proprie della C.A.;
 - promuovere modalità di lavoro basate su valutazioni collegiali del servizio con incontri periodici (almeno 4 all'anno), in particolare fungendo da interfaccia tra i Colleghi e i Referenti dei macrolivelli territoriale e ospedaliero;
 - partecipare alle attività degli Organismi istituzionali delle direzioni aziendali;
 - individuare e definire nuove modalità organizzative che consentano di migliorare il complesso delle attività sanitarie erogate nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale.
3. Il coordinatore viene formalmente designato dai medici del Servizio di Continuità Assistenziale con meccanismo elettivo.
4. L'incarico di coordinamento ha durata annuale e può essere rinnovato.
5. Il coordinatore si impegna a svolgere tale attività per 3 ore complessive settimanali presso la sede del Distretto, tenuto comunque conto che ogni singolo accesso non può avere durata inferiore a 60 minuti.
6. L'incarico di coordinamento, aggiuntivo alla consueta attività assistenziale, viene remunerato con un compenso orario onnicomprensivo pari a euro 20,66.
7. Il coordinatore collabora inoltre con la Direzione del distretto per le seguenti attività:
 - a. piano annuale per la formazione e dell'aggiornamento dei medici di Continuità Assistenziale;

- b. predisposizione di linee guida operative sulle modalità di svolgimento dell'attività di continuità assistenziale;
 - c. partecipazione alle attività di programmazione e attuazione degli Istituti previsti nell'art. 4 del presente AIR e 26 dell'ACN;
 - d. attività di istruzione e di addestramento dei medici neo inseriti;
 - e. controllo della congruità e della funzionalità delle dotazioni strumentali e ambientali nonché delle dotazioni di farmaci nelle varie sedi.
8. Le suddette attività, aggiuntive al ruolo proprio del coordinatore, si svolgono in maniera non vincolata alla presenza fisica presso la sede distrettuale. Sono pertanto remunerate in maniera forfettaria, a seguito della presentazione della documentazione attestante lo svolgimento delle attività medesime, con un importo pari a euro 2.600,00/anno in due quote di pari importo da erogarsi con il cedolino di giugno e con il cedolino di dicembre dell'anno di riferimento.

Articolo 11 **SOSTITUZIONI ED INCARICHI PROVVISORI**

1. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'art. 63, e nei casi di sospensione del rapporto convenzionale previste dal presente ACN, l'Azienda può conferire incarichi provvisori nel rispetto dei termini e delle procedure di cui ai punti successivi.
2. A tal fine le Aziende predispongono la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15 comma 12, con priorità per i medici residenti nell'azienda.
3. L'Azienda predispone inoltre separati elenchi di disponibilità secondo il seguente ordine:
 - a) medici di cui alla norma transitoria n. 4 ACN con priorità per i medici residenti nell'azienda;
 - b) medici di cui alla norma finale n. 5 ACN con priorità per i medici residenti nell'azienda.
4. L'Azienda predispone le graduatorie e gli elenchi di disponibilità entro il mese di gennaio di ciascun anno e provvede ad eventuali integrazioni per richieste provenienti dai medici di cui ai precedenti punti a) e b). Tali medici sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.
5. Per sostituzioni superiori a 9 giorni, l'Azienda conferisce l'incarico di sostituzione secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15, comma 12, o in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio della Azienda.
6. Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui al precedente comma, l'Azienda potrà concordare con i medici incaricati, ai sensi del comma 14 dell'articolo 65 del vigente ACN, un aumento delle ore settimanali oltre il limite di 24 ore e fino al limite massimo di 38 ore. Tale aumento deve riguardare i medici della circoscrizione interessata con equa distribuzione dell'orario eccedente tra quelli disponibili ad un incremento orario fino alle 38 ore. Tale incremento, temporaneo, non modifica l'orario di incarico settimanale che resta di 24 ore. L'orario

del MCA non può comunque superare l'impegno orario mensile di 164 ore. Non rientra in tale massimale, l'orario effettuato a causa dell'attivazione della reperibilità.

7. Nel caso di sfioramento del massimale, per esigenze improcrastinabili, l'orario eccedente le 164 ore, è remunerato con euro 25.00/ora.
8. Ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui all'art. 70 dell'ACN commi 4 e 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di tre mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, nei casi di carenza di disponibilità.
9. Per carenza di disponibilità di cui al comma precedente, si intende la mancanza di medici per:
 - a) rinuncia degli iscritti alla graduatoria regionale di settore vigente;
 - b) raggiungimento del tetto massimo di 38 ore settimanali da parte dei medici già incaricati del servizio.
10. L'incarico di sostituzione può essere attribuito per un periodo fino a dodici mesi, secondo le seguenti modalità:
 - a) l'incarico di sostituzione può essere attribuito ai medici di cui al presente articolo, al comma 2, per un periodo di tre mesi rinnovabili fino alla durata complessiva di un anno, a quei medici di cui al presente articolo, al comma 3, per un periodo di un mese rinnovabile fino alla durata complessiva di tre mesi;
 - b) un successivo incarico sarà conferibile solo dopo un mese di sospensione;
 - c) l'incarico a tempo determinato o di sostituzione deve essere formalmente conferito per 24 ore settimanali e per la/le circoscrizione/i in cui sono presenti ore di attività; in caso di carenza di ore in una circoscrizione, viene acquisita la disponibilità del medico incaricato a tempo determinato a completare l'incarico in altra/e circoscrizione/i. In caso di rinuncia, si scorre la graduatoria di disponibilità;
 - d) l'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato all'avente diritto.
 - e) un ulteriore incarico può essere conferito allo stesso medico sulla base di quanto disposto dal comma 11 dell'art. 70 dell'ACN.
 - f) nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria di disponibilità o, se esistente, della graduatoria regionale di settore, a seguire rispetto al medico precedentemente incaricato, avendo esperito la procedura di cui ai precedenti commi.
11. Esaurite le procedure di cui al precedente punto 10, ove non sia stato assegnato l'incarico provvisorio vacante, la ASL può attribuire lo stesso ripercorrendo integralmente la graduatoria di disponibilità e quella di settore.
12. L'azienda, per sostituzioni di durata pari o inferiore a 9 giorni, utilizza i medici in reperibilità oraria presso quella sede.
13. Tranne che per le ipotesi di cui all'articolo 18 e per espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per sostituzione superiore a 180 giorni nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art. 23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

14. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui all'art. 70 comma 4 dell'ACN.

Articolo 12 ORGANIZZAZIONE DELLA REPERIBILITÀ

1. L'Azienda organizza turni di reperibilità nei seguenti orari:
 - dalle ore 19,00 alle 20,30 di tutti i giorni feriali e festivi;
 - dalle ore 9,00 alle 10,30 dei soli giorni prefestivi;
 - dalle ore 7,00 alle 8,30 dei soli giorni festivi.
2. Nei casi in cui la Continuità Assistenziale è attivata in orario extracontrattuale (es. per aggiornamento dei medici di Assistenza Primaria), le fasce orarie della reperibilità vengono adeguate di conseguenza.
3. All'atto della predisposizione delle turnazioni mensili per ogni postazione, le Aziende, o i coordinatori di cui all'art. 10 del presente Capo, ovvero i coordinatori delle forme organizzative della continuità assistenziale, ove costituite, al fine di organizzare il calendario delle reperibilità congiuntamente a quello dei turni mensili, interpellano prioritariamente i medici incaricati ai sensi dell'art. 63 prestanti servizio presso la sede interessata che si rendono mensilmente disponibili e successivamente, allo scopo di completare l'orario eventualmente non coperto dai medici ex art. 63, nell'ordine:
 - a) medici presenti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15 comma 12, A.C.N., se presente, altrimenti dalla graduatoria regionale di settore o nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
 - b) medici di cui alla norma transitoria n. 4, A.C.N.;
 - c) medici di cui alla norma finale n. 5, A.C.N.Tra i medici di cui al presente comma hanno priorità quelli residenti nell'Azienda.
4. La modalità organizzativa di cui al comma precedente si rende necessaria per le sottoelencate ragioni:
 - molti medici titolari risiedono in altra ASL o in altra regione e non possono assicurare con prontezza la presenza in servizio nell'ambito territoriale della sede di servizio;
 - in molte circoscrizioni il numero di medici è inferiore a quello previsto, per cui non si riuscirebbero ad assicurare sia le reperibilità che le guardie attive.
5. L'individuazione dei medici reperibili per ogni turno, per ogni circoscrizione dovrà essere in ragione di:
 - a) un medico per ogni circoscrizione con massimo due medici in turno di guardia attiva;
 - b) due medici per ogni circoscrizione con massimo quattro medici in turno di guardia attiva;
 - c) tre medici reperibili per ogni circoscrizione con massimo sei medici in turno di guardia attiva.
6. I turni di reperibilità sono equamente distribuiti tra i medici individuati per ciascuna circoscrizione, salvo diverso accordo (da acquisire in forma scritta) tra gli interessati, particolarmente nell'ambito delle forme associative di CA, ove costituite.

7. Ai medici di cui al presente articolo, comma 3, lett. a, b, c, possono essere attribuiti turni di reperibilità anche in più circoscrizioni, acquisita la volontà del medico in tal senso. Per gli stessi, il numero di turni di reperibilità mensile superiore a 15, deve essere contrattato con il medico.
8. Per i medici non presenti in graduatoria regionale, l'orario complessivo mensile di guardia attiva derivante dall'attivazione della reperibilità nonché dalla attribuzione di turni ulteriori da parte dell'Azienda non può superare quello derivante dall'orario d'incarico ovvero 24 ore settimanali, pari mediamente a 104 ore mensili
9. I medici in turno di reperibilità che non rispondano ai numeri telefonici indicati o che rifiutino di effettuare il turno, sono sospesi con effetto immediato dalla reperibilità per tutto il mese e per i tre mesi successivi.
10. L'attivazione del medico reperibile da parte del titolare del turno deve avvenire per comprovate motivazioni e non può essere motivo di riduzione del proprio orario di lavoro o cessioni di turni non graditi.
11. Per ciascuna ora di reperibilità sono corrisposti euro10,00. Per il trattamento economico si applicano le disposizioni di cui all'art. 72, commi 2,3,4 dell'ACN

Articolo 13 TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Al medico di continuità assistenziale spetta il compenso aggiuntivo di euro 4/ora quale indennità per i rischi legati alla tipologia dell'incarico.
2. Ai medici di Continuità Assistenziale vanno corrisposte le seguenti quote variabili correlate ad attività aggiuntive alle normali funzioni istituzionali:
 - a) laddove le postazioni di Continuità Assistenziale siano poste presso Unità di Pronto Soccorso, possono essere previste, previo accordo aziendale, forme di collaborazione da parti dei Medici di Continuità Assistenziale per le prestazioni codificate come "codici bianchi". Il compenso aggiuntivo per l'attività sopra illustrata, va quantificato in euro 15,00 /h per tutte le ore di servizio;
 - b) festività di particolare rilevanza: quota aggiuntiva di euro 80,00 a turno per le seguenti festività:

Data	Ore
1 Gennaio	8.00-20.00 / 20.00-8.00
6 Gennaio	8.00-20.00
Pasqua	8.00-20.00 / 20.00-8.00
Lunedì dell'Angelo	8.00-20.00 / 20.00-8.00
25 Aprile	8.00-20.00
1 Maggio	8.00-20.00
15 Agosto	8.00-20.00 / 20.00-8.00
8 Dicembre	8.00-20.00
24 Dicembre	20.00-8.00
25 Dicembre	8.00-20.00 / 20.00-8.00
26 Dicembre	8.00-20.00
31 Dicembre	20.00-8.00

- c) Gli interventi presso gli Istituti di Detenzione e presso sedi di carabinieri e polizia svolti su richiesta del personale, sono compensati con euro 50,00 per accesso.
3. Sui compensi derivanti dall'Accordo Regionale, le Aziende verseranno regolarmente all'ENPAM i contributi previdenziali con le modalità previste dall'art. 72, commi 3 e 4 dell'ACN.

Articolo 14

ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI

1. L'assicurazione infortunistica di cui all'art. 73 A.C.N. deve prevedere la copertura di tutte le attività, comprese quelle aggiuntive derivanti dagli accordi regionali e aziendali, nonché gli infortuni in itinere.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - 775.000 euro per morte o invalidità permanente;
 - 75 euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro 1 mese dall'entrata in vigore del presente AIR
4. Qualora l'ASL, per motivi eccezionali o per temporanee indisponibilità, non sia in grado di provvedere e richieda al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato da parte dell'Azienda (polizza Kasko), per incidenti subiti sia durante l'espletamento dell'attività che per raggiungere la sede di servizio e, alla fine del turno, la propria abitazione.
5. Anche l'aumento del premio assicurativo dovuto all'incremento della classe di merito del "Bonus-malus", in caso di sinistro provocato dal conducente del veicolo, è rimborsato al medico di Continuità Assistenziale convenzionati che utilizza la propria auto per lo svolgimento del servizio medesimo. Al riguardo, il medico dovrà presentare specifica dichiarazione della Compagnia Assicuratrice, con espresso riferimento al sinistro stesso.
6. Le ASL garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i medici di Continuità Assistenziale convenzionati a tempo determinato e indeterminato, ivi comprese le spese di giudizio, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
7. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.
8. In caso di inadempienza agli obblighi assicurativi, l'ASL risponde direttamente e in solido per le somme indicate.
9. Le polizze assicurative non possono contenere clausole vessatorie o franchigie di qualunque natura ed entità.

Articolo 15

**RICOLLOCAZIONE DEL MEDICO NON IDONEO AI COMPITI PROPRI DELLA
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

1. Le Aziende hanno l'obbligo di verificare, con cadenza annuale, l'idoneità psico-fisica specifica al lavoro, e in caso di inidoneità specifica, devono ricollocare il medico in altra articolazione organizzativa o in altra struttura distrettuale per attività compatibili con il suo stato di salute.
2. La visita per l'accertamento dello stato di inidoneità viene effettuata, anche dietro richiesta dell'interessato, dal Medico Competente ex artt. 16 e 17 della legge 626/94.

Articolo 16

PROTOCOLLO SUL DIRITTO DI SCIOPERO

Appendice n. 1

CAPO III
L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Articolo 1

INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

1. Rilevati gli incarichi vacanti di cui all'art. 92 comma 1 dell'ACN, le Aziende attivano le procedure di mobilità di cui all'art. 92 comma 22, secondo i seguenti criteri:
 - a. le A.U.S.L. individuano le zone carenti (sedi e orario complessivo) che si sono determinate entro il 1° marzo ed il 1° settembre dell'anno in corso;
 - b. con avviso da divulgare a tutti i medici incaricati a tempo indeterminato nella ASL, per le attività di cui al presente Capo, si acquisiscono le disponibilità a trasferirsi nelle Unità Operative e Centrali Operative del sistema 118 (di seguito indicate come sedi) nelle quali si è determinata la carenza; in fase di attribuzione delle nuove sedi di attività si terrà conto anche di quelle che si liberano a seguito dell'espletamento della presente procedura;
 - c. le sedi sono quelle individuate con D.G.R. 7120 del 31.12.1994 e D.G.R. 204 del 30.4.2002
 - d. i medici interessati inoltrano apposita domanda entro sette giorni dal recepimento dell'avviso, indicando l'anzianità di incarico nella sede dove attualmente sono in servizio, età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.
 - e. le A.S.L. stilano apposita graduatoria dei medici che hanno inoltrato istanza di mobilità graduando secondo l'anzianità di incarico nella sede dove attualmente sono in servizio; a parità di anzianità prevalgono nell'ordine età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.
 - f. esperita questa procedura le A.S.L. rideterminano le zone carenti che verranno pubblicate ai sensi del vigente ACN indicando la sede e le ore di incarico incidenti in ciascuna sede.
 - g. Esperite le procedure di mobilità e individuate le sedi in cui incidono gli incarichi vacanti, ai fini della successiva pubblicazione, devono essere specificati:
 - incarico a 38 ore settimanali;
 - Unità Operativa 118 dove il medico svolgerà la sua attività. Nel caso di incarico itinerante vanno specificate le diverse sedi e le ore carenti in ciascuna sede.
 - h. I medici già titolari nell'Azienda possono avvalersi esclusivamente delle procedure di mobilità ai fini del cambiamento della sede e non possono partecipare alle procedure di assegnazione delle carenze nell'Azienda in cui già hanno in essere un rapporto convenzionale di cui al presente capo.
 - i. I medici che si siano già avvalsi della mobilità non possono usufruirne ulteriormente prima che sia trascorso un anno, in analogia alle procedure di trasferimento entro la Regione, di cui all'art. 92 comma 5 punto a).
 - j. Non sono oggetto di pubblicazione gli incarichi a tempo determinato necessari per la copertura delle Unità Operative 118 stagionali. In tal caso ci si avvale delle procedure di cui all' art. 97 comma 6 dell'ACN.
 - k. Non possono essere pubblicati gli incarichi vacanti relativi a Unità Operative 118 che non siano state realmente attivate.
 - l. In caso di attivazione di una nuova Unità Operativa 118, nelle more del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato e per il tempo necessario, si utilizzano medici con incarico a tempo determinato.
2. Ai sensi dell'art. 15, comma 11 dell'ACN, i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la EST nelle Aziende della regione Abruzzo o nelle Aziende di altre regioni, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti solo per

trasferimento, a condizione peraltro che risultino titolari, rispettivamente, da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono.

3. Ai fini dell'attribuzione degli incarichi per trasferimento, l'anzianità di servizio di cui all'art. 92 comma 9 dell'ACN è quella maturata con qualsiasi tipologia di incarico ai sensi dei vigenti ACN, a tempo determinato e indeterminato, in qualsiasi Azienda della regione Abruzzo o di altra regione, nella EST.
4. Gli incarichi devono essere conferiti con atto formale del Direttore Generale prevedendo la data di decorrenza degli stessi. Per gli effetti dell'art. 92 comma 10, primo alinea, l'accettazione dell'incarico, indipendentemente dalla sua decorrenza, non consente di accettare incarichi, oggetto della medesima pubblicazione, in altre Aziende.
5. Le Aziende hanno l'obbligo di verificare, con cadenza annuale, parimenti al personale dipendente, l'idoneità psico-fisica generica e specifica al lavoro, e in caso di inidoneità sia specifica che generica, devono ricollocare il medico in altra articolazione organizzativa del sistema di emergenza sanitaria o in altra struttura aziendale per attività compatibili con il suo stato di salute. La visita per l'accertamento dello stato di inidoneità viene effettuata, anche dietro richiesta dell'interessato, dal Medico Competente ex artt. 16 e 17 della legge 626/94.
6. E' fissato in 3 mesi massimo, dalla data di scadenza della pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino della regione Abruzzo il tempo entro cui le Aziende conferiscono definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato.

Articolo 2 MASSIMALE ORARIO

1. In caso di impossibilità a reperire personale medico a cui conferire incarichi provvisori a 38 ore settimanali, di cui all'art. 97, alla norma finale n. 5 e alla norma transitoria n. 7 dell'ACN, le Aziende possono conferire incarichi:
 - a) a 38 ore a titolari di continuità assistenziale nelle Aziende della regione Abruzzo con sospensione dell'incarico di CA per la durata dell'incarico di EST;
 - b) a 24 ore a titolari di continuità assistenziale nelle Aziende della regione Abruzzo con sospensione dell'incarico di CA per la durata dell'incarico di EST, anche in presenza di altri incarichi compatibili, e comunque non oltre la concorrenza delle 38 ore settimanali;
 - c) a completamento orario fino alla concorrenza di 38 ore a titolari di continuità assistenziale.
2. I turni di servizio dei medici incaricati di EST devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva dei turni diurni, notturni e festivi, fra tutti i medici operanti nella sede, indipendentemente dal tipo di rapporto di lavoro (convenzione a tempo determinato e indeterminato, dirigenza medica) di ciascuno di essi.
3. Per specifiche situazioni, anche al fine di garantire maggiori periodi di riposo, su richiesta del medico, sono consentiti turni di durata complessiva di 18 ore.

4. Dopo un turno notturno deve essere garantito un giorno di riposo, di norma non coincidente con quello in cui ha fine il turno medesimo.

Articolo 3

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

1. Il medico incaricato di emergenza sanitaria ai sensi del presente Capo III opera nelle sottoelencate sedi di lavoro, secondo l'organizzazione del sistema di EST della regione Abruzzo di cui alle DGR 1270/94 e 204/02:
 - Centrali operative;
 - Unità operative;
 - Punti di primo intervento.Il medico incaricato di emergenza sanitaria può svolgere attività nei Pronto Soccorso secondo modalità indicate dal presente accordo o sulla base di accordi aziendali ex art. 2 comma 4 e art. 23 comma 4 dell'ACN.
2. Il medico incaricato di emergenza sanitaria partecipa, su base volontaria, a pieno titolo, a parità di condizioni e trattamento economico con i dirigenti medici, a progetti obiettivo regionali e aziendali nell'area dell'urgenza-emergenza. Le ASL non possono attivare progetti in quest'area che escludano i medici convenzionati per l'EST.
3. Le Aziende organizzano i corsi di aggiornamento obbligatorio secondo le procedure e le modalità emanate dalla regione Abruzzo e garantiscono ai medici convenzionati ai sensi del presente Capo l'acquisizione dei crediti ECM dovuti nell'anno di riferimento.

Articolo 4

COMPITI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE

- I trasporti secondari interospedalieri (trasferimenti assistiti ex art. 95 comma 1c) devono essere eseguiti da equipaggi diversi da quelli presenti nelle Unità Operative 118 per le attività di 1° intervento territoriale, secondo modalità organizzative in forma di :
- equipaggio dedicato;
 - reperibilità dedicata di cui all'art. 97 comma 11.
2. L'utilizzo dei medici di EST per attività presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasioni di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali, ecc. (art. 95 comma 3b), non rientrando tra i compiti propri di cui al comma 1 del medesimo articolo, è su base volontaria, in equipaggi dedicati. A tal fine non possono essere utilizzati medici in reperibilità. A tal fine trova applicazione la DGR n. 2790 del 21.10.1988 e successive modificazioni e/o integrazioni, in particolare la Sezione III " Servizi a pagamento".
 3. La collaborazione nelle attività di primo intervento nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda avviene sulla base di protocolli definiti di concerto tra il Dirigente del Pronto Soccorso e i medici dell'Unità Operativa 118 dislocata presso il medesimo presidio ospedaliero. Tale collaborazione non deve compromettere l'operatività sul territorio e non può essere sostitutiva di quella dovuta dall'organico medico del Pronto Soccorso.

4. I medici addetti alle attività di Emergenza Territoriale possono, su base volontaria e compatibilmente con le esigenze del servizio 118, previo avviso a tutti i medici dell'Azienda, effettuare attività lavorativa nei Pronto Soccorso delle Strutture ospedaliere.

Tale attività può essere svolta:

- a) nell'ambito delle 38 ore settimanali, nelle ore in cui non è impegnato in turni di copertura della Unità Operativa di appartenenza o della Centrale Operativa., senza che questo comporti una turnazione eccedente per gli altri medici dell'Unità Operativa;
- b) in regime di lavoro straordinario;
- c) in libera professione.

Considerato che la previsione di cui al punto a) mutua la natura dell'istituto del distacco, l'attività presso il PS, sarà formalizzata in atto di utilizzazione, recepito con delibera Aziendale del Direttore Generale, con indicazione nominale dei medici interessati da parte del responsabile della centrale operativa.

Si potrà così attribuire piena legittimità funzionale e giuridica all'attività svolta dai medici dell'EST nel PS, così da poter loro consentire di svolgere gli stessi compiti e le stesse funzioni del personale medico dipendente, in guardia attiva, pur rimanendo la posizione giuridica ed economica dei medici 118 estranea all'organico dipendente aziendale, essendo regolata da apposita convenzione.

Limitatamente alle ore espletate in tali strutture, il medico di EST può svolgere tutte le attività del PS ed è gerarchicamente sottoposto solo al dirigente responsabile del PS medesimo. Non è ammessa nessuna posizione subalterna rispetto agli altri dirigenti medici in servizio nel PS.

5. In nessun altro caso il medico di EST può essere sottratto ai compiti propri per essere adibito ad altre attività intramurarie del DEA.
6. L'eccedenza di orario di cui all'art. 95 comma 9 è retribuita in regime di lavoro straordinario, previo separato riepilogo con riferimento alla scheda di C.O. relativa all'intervento sul territorio.
7. Lo svolgimento dell'attività libero-professionale, ai sensi dell'art. 95, commi 10 e 11, A.C.N., non comporta alcuna decurtazione nell'orario di incarico.

Articolo 5

IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA

1. Per Aziende limitrofe di cui all'art. 96, comma 4, ACN si intendono quelle confinanti.
2. Ai corsi per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza e' inoltre ammessa la partecipazione di medici non inseriti nella graduatoria regionale, per un numero di posti aggiuntivi pari al 20% dei posti individuati ai sensi dell'art. 96 commi 4 e segg., al fine di poter avere personale formato a cui conferire incarichi a tempo determinato per quanto disposto dalla norma finale n. 5 e dalla norma transitoria n. 7
3. I medici di cui al punto precedente sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea. Costituisce titolo preferenziale la residenza nell'Azienda che emana il bando.

4. Affinché la formazione sia uniforme e qualificata, le ASL hanno l'obbligo di organizzare i corsi secondo i contenuti del programma emanato dalla regione Abruzzo. Non possono essere apportate modifiche ai contenuti e alle procedure indicate nel succitato programma.

Articolo 6

SOSTITUZIONE, INCARICHI PROVVISORI – REPERIBILITÀ

1. Viene mantenuta l'attuale organizzazione della reperibilità, come previsto dall'AIR stipulato ai sensi del DPR 484/96.
2. Le Aziende U.S.L. devono attivare almeno un turno di reperibilità ogni 6 medici in servizio attivo.
3. L'attivazione del medico reperibile da parte del titolare del turno deve avvenire per comprovate motivazioni e non può essere motivo di riduzione sistematica del proprio orario di lavoro, al di sotto dell'orario di incarico, o di cessioni di turni non graditi.
4. E' fatto divieto di utilizzare il medico reperibile per garantire la copertura di turni vacanti per carenze di personale o per assenze programmate.
5. Poiché la reperibilità è istituita anche a garanzia del servizio, le ASL si devono attivare affinché la stessa sia garantita anche dai Dirigenti Medici operanti nel sistema di EST, secondo quanto previsto dal vigente CCNL.
6. Il numero massimo di reperibilità in ciascun mese non può superare il numero di 8
7. Non possono essere attribuiti turni di reperibilità i cui inizio e fine siano coincidenti con un turno di attività.

Articolo 7

TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE

1. Ai medici incaricati per l'EST sono riconosciuti 31 giorni di ferie pari a un credito orario di 168 ore. Non rientrano nel computo delle ferie i giorni festivi.
2. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale.
Il periodo di riposo annuale è inoltre commisurato alla durata dell'incarico.
In tali casi, per il computo del periodo di ferie si addebitano in ciascun giorno feriale 5 ore e 25' di ferie.
3. Un periodo di ferie continuativo non può superare i 21 giorni.
4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite dall'Azienda temporaneamente e a garanzia della copertura del servizio, nonché l'eccedenza orario di cui all'art. 95 comma 9, sono retribuite:
 - a) per le prime 20 ore mensili con una maggiorazione del 70% dell'onorario professionale di cui all'art. 98 comma 1 (pari a euro 35,50);

- b) per le ulteriori ore eccedenti con una maggiorazione del 100% dell'onorario professionale di cui all'art. 98 comma 1 (pari a euro 41,68).
5. Al fine di meglio valutare l'orario mensile eccedente quello dovuto in base all'incarico a 38 ore settimanali si adotta il seguente schema:
- mesi di 31 gg. : orario mensile dovuto 168 ore;
 - mesi di 30 gg. : orario mensile dovuto 163 ore;
 - mese di 28 gg. : orario mensile dovuto 152 ore;
 - mese di 29 gg. : orario mensile dovuto 157 ore.
6. L'attività formativa e di aggiornamento di cui all'art. 95 commi 4, 5, 6 svolta fuori dall'orario di servizio è remunerata con euro 50,00 per ogni ora di attività.
Se svolta in orario di servizio l'ammontare precedente è ridotto del 20% (pari a euro 40,00)
7. Per le attività di cui all'art. 4 comma 2 del presente AIR, al medico è corrisposta la tariffa di euro 40,00/ora.
8. Il compenso per le reperibilità viene rapportato ad un costo unitario per turno di 12 ore pari a 50,00 euro.
Le reperibilità oltre la quarta hanno un costo unitario di euro 70,00.
9. L'incentivo regionale riconosciuto dall'AIR ex 484/96 è rivalutato del 30% ovvero elevato a 805,00 euro mensili.
Esso viene ridotto nella misura di euro 4,80/ora per orari mensili inferiori alle 152 ore.
Non rientrano nel computo della riduzione oraria i periodi di ferie.
L'incentivo regionale viene inoltre maggiorato dello stesso importo (euro 4,80/ora) per orari eccedenti le 168 ore mensili.
10. La redazione delle certificazioni INAIL nel corso delle attività sul territorio che in Pronto Soccorso sono remunerata al medico ai sensi del DPR 1124 del 1965, nella misura di euro 27,50 come da preintesa INAIL -MMG del 2006.
11. Le attività in Pronto Soccorso erogate in regime libero-professionale, di cui all'art. 4 comma 4c del presente AIR, sono remunerata con tariffa di euro 40,00/ora.

Articolo 8

CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO

1. Su tutti i compensi derivanti dal presente AIR l'Azienda versa i contributi previdenziali nei tempi e nei modi di cui all'art. 99 commi 1 e 2.
2. L'assicurazione infortunistica di cui all'art. 99 commi 3 e segg. deve prevedere la copertura di tutte le attività, comprese quelle aggiuntive derivanti dagli accordi regionali, sia rese sui mezzi di soccorso, che entro le strutture (DEA, Centrale operativa, punti di primo intervento, ecc.) nonché gli infortuni in itinere.
3. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
 - a) 775.000 euro per morte od invalidità permanente;

- b) 114,00 euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi accordi regionali.
- 4. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari entro 1 mese dall'entrata in vigore del presente AIR
- 5. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti da terzi nel corso della propria attività professionale di istituto.
 - a) Le ASL garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i medici convenzionati per tutte le attività di cui al presente AIR, a tempo determinato e indeterminato, ivi comprese le spese di giudizio, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
 - b) L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.
- 6. In caso di inadempienza agli obblighi assicurativi, l'ASL risponde direttamente e in solido per le somme indicate.
- 7. Le polizze assicurative non possono contenere clausole vessatorie o franchigie di qualunque natura ed entità.

Articolo 9
PROTOCOLLO SUL DIRITTO DI SCIOPERO

Appendice n. 1

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

Per il Registro tumori resta in vigore quanto stabilito nel precedente AIR approvato con delibera di Giunta Regionale n° 3081 del 25-11-98.

Le Parti Firmatarie ritengono altresì necessario, per un migliore utilizzo una rivisitazione delle schede che dovranno essere approvate in sede di Comitato Regionale entro sei mesi dall'approvazione da parte della Giunta Regionale del presente Accordo Integrativo.

NORMA FINALE n. 2

Ai sensi dell'art.60 comma 1 dell'ACN tutti i compensi previsti dal presente AIR e dagli Accordi Aziendali, sono assoggettati a contribuzione ENPAM secondo la normativa vigente.

NORMA FINALE n. 3

Entro 90 giorni dal provvedimento di approvazione del presente Accordo le ASL determineranno la nuova quota capitaria con gli assegni individuali resisi disponibili per effetto della cessazione dal lavoro dei singoli medici a far data dall'1.01.2005 .

NORMA FINALE n. 4

La costituzione di Comitati Tecnici, Commissioni, Gruppi di lavoro e Organismi per progetti e sperimentazioni riguardanti l'assistenza sanitaria territoriale a livello regionale e aziendale deve prevedere la presenza di medici di medicina generale designati dal Comitato Regionale e dai Comitati Aziendali previsti dall'ACN.

NORMA FINALE n. 5

Le forme associative previste dall'art. 54 dell'ACN e dall'art. 5 del presente AIR, possono essere rescisse in qualsiasi momento per decisione unanime dei componenti previo preavviso scritto mediante raccomandata A/R all'Azienda.

NORMA FINALE n. 6

Uno o più componenti delle associazioni fra medici dell'art. 54 dell'ACN. possono dimettersi dall' associazione (associazionismo semplice, medicina di rete e medicina di gruppo) dando un preavviso scritto di almeno 90 giorni mediante lettera raccomandata A/R all'Azienda e agli altri componenti questo anche nel caso in cui le dimissioni di uno o più medici comporti il venir meno del requisito numerico per le varie tipologie di forme associative.

NORMA FINALE n. 7

Uno o più componenti del nucleo delle Cure Primarie per l'assistenza H 24 previsto dall'art. 5 del presente AIR possono dimettersi dal nucleo dando un preavviso scritto di almeno 90 giorni mediante lettera raccomandata A/R all'Azienda e agli altri componenti.

I restanti componenti, sempre nel rispetto del bacino minimo di utenza necessario per la costituzione del nucleo delle Cure Primarie, possono continuare a svolgere l'assistenza H 12 e/o H 24; devono, però, comunicare il nuovo regolamento interno e l'orario di apertura degli studi.

NORMA FINALE n. 8

La Regione Abruzzo e le OO.SS. mediche concordano che il coinvolgimento nei Nuclei di Cure Primarie di altre figure professionali (specialisti e pediatri di libera scelta) è subordinato all'apertura di un tavolo tecnico per definire la tipologia e le modalità di inserimento degli altri sanitari e per identificare gli appositi capitoli di finanziamento.

NORMA FINALE n. 9

La Regione Abruzzo e le OO.SS. mediche concordano che le prestazioni della Medicina Generale sono assicurate dai medici di Assistenza Primaria e dai medici di Continuità Assistenziale anche agli ospiti dei Centri Residenziali esistenti nel territorio regionale attraverso gli accessi che si rendono necessari a garantire lo stato di salute degli assistiti in essi ospitati e che sono retribuiti come previsto per gli accessi in ADI.

NORMA FINALE n. 10

Le disposizioni di cui all'art. 19 del CAPO I del presente AIR ai commi 1,2,3,4,5,6,7 e 8 entrano in vigore con il recepimento del presente AIR da parte della Giunta Regionale. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 9, 10, 11 e 12 dell'articolo 19 del presente A.I.R. viene rimandata a dopo l'entrata in vigore del relativo provvedimento legislativo in via di predisposizione da parte dei competenti organi regionali, sulla base del verbale redatto in data 19-07-2006 presso la Direzione Regionale Sanità .

NORMA FINALE n. 11

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente accordo integrativo regionale le parti firmatarie predispongono uno schema di regolamento per i nuclei di cure primarie, anche allo scopo di preservare corretti rapporti tra le categorie mediche coinvolte.

NORMA FINALE n. 12

Le parti firmatarie entro 180 giorni dalla data di approvazione del presente A.I.R. concordano ai sensi dell'art. 33, comma 9, A.C.N. di rivedere il rapporto ottimale tra popolazione residente e medici iscrivibili negli elenchi di assistenza primaria.

NORMA FINALE n. 13

Le parti firmatarie concordano di operare entro 180 giorni dalla data di approvazione del presente A.I.R. una rivisitazione della disciplina della medicina turistica e dei compiti connessi alla funzione specifica.

NORMA FINALE n. 14

GOVERNO CLINICO: le parti concordano che saranno oggetto di ulteriore trattativa la definizione dei percorsi, indicatori e obiettivi del governo clinico;

NORMA FINALE n. 15

CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA: al fine di perseguire gli obiettivi del "Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2006-2009" in materia di contenimento della spesa farmaceutica, le parti concordano di dare mandato alla Giunta Regionale di definire

con successivo atto di programmazione i parametri e le modalità con cui addivenire alla progressiva riduzione della spesa farmaceutica pro-capite ed al progressivo aumento dell'incidenza di prescrizione di farmaci generici nel rispetto della vigente normativa;

NORMA FINALE n. 16

CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: le parti concordano che relativamente al calcolo del rischio cardio-vascolare, nelle more di quando previsto dall' art 23, punto 9 del presente AIR, potrà essere utilizzato il programma "Cuore-exe" del Ministero della Salute scaricabile dal sito www.cuore.iss.it

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 1

Il documento "Intesa preliminare per l'Accordo regionale della Medicina generale abruzzese" sottoscritto in data 05-04-2006 dall'Assessore alla Sanità e dai rappresentanti delle OO.SS. mediche più rappresentative" è parte integrante del presente Accordo.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 2

Ai fini di un puntuale monitoraggio della spesa, le ASL si impegnano affinché gli istituti normativi ed economici dell'ACN, dell'AIR e degli Accordi Aziendali siano applicati uniformemente e nei tempi previsti in tutte le ASL della Regione.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 3

Ai sensi dell'art. 49 comma 7 dell'ACN si esortano i Direttori Generali delle AA.SS.LL. ad adottare idonei strumenti di raccordo fra Ospedale e Territorio allo scopo di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 4

Considerato che negli ultimi tempi troppo spesso i medici di medicina generale si vedono decurtare dalle competenze mensili anche somme considerevoli senza alcun preavviso, le OO.SS. chiedono che venga istituito un tavolo tecnico ai fini di una corretta applicazione di quanto stabilito dall'art. 42 comma 11 e 12 dell'ACN, riguardo al recupero di somme indebitamente percepite dal medico.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 5

Le OO.SS. firmatarie del presente AIR chiedono di istituire, entro 60 giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale del presente AIR, una commissione composta da rappresentanti della Regione e delle OO.SS. mediche per la elaborazione di un progetto che preveda l'istituzione, presso il Settore Sanità della Regione Abruzzo, di un Centro Regionale per la Formazione in Medicina Generale che ai sensi dell'art. 20 comma 4 dell'ACN abbia l'obiettivo di:

- a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
- b) formare e/o accreditare i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
- c) garantire la formazione specifica in medicina generale;
- d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in medicina generale;
- e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle aziende sanitarie rivolte ai medici di medicina generale.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 6

La Regione Abruzzo e le OO.SS. mediche concordano sulla necessità della istituzione di un tavolo tecnico composto da rappresentanti della Regione e delle OO.SS. della Medicina Generale, della Specialistica Ambulatoriale, dei Medici Ospedalieri e Universitari per la condivisione di strategie comuni per la realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 7

Le OO.SS. mediche e la Regione Abruzzo, al fine di incentivare la formazione di associazioni mediche complesse, concordano sulla necessità di abolire i tetti per le forme associative previste dall'art 54 dell'ACN, così come stabilito all'art 59 lettera B.

DICHIARAZIONE A VERBALE n. 8

FEDERAZIONE MEDICI In riferimento all'art. 5, comma 5, lettera i, "*la possibilità che la sede di riferimento possa essere sede della continuità; assistenziale, previo parere dei medici interessati e del Comitato Aziendale*" osserva che la sede di CA è presidio di ASL e come tale non può essere trasferito in un ambulatorio di riferimento di forme associative o altro dell'assistenza primaria che è comunque una struttura privata.

Allegato 1**Dati necessari per la realizzazione del programma gestionale informatico del progetto per il Governo clinico****Diabete Mellito**

1. L'adesione al progetto di governo clinico del Diabete Mellito comprende:
 - a) La diagnosi di diabete (semplice conferma per i pazienti già in trattamento e diagnosi secondo le linee guida nei pazienti non ancora diagnosticati);
 - b) La classificazione sulla base del BMI (soggetti con BMI < 25 e soggetti con BMI > di 25) per la corretta individuazione della terapia più adatta;
 - c) Il rilievo della circonferenza addominale;
 - d) Il rilievo della emoglobina glicata;
 - e) La terapia in corso (Insulina, Biguanidi, Sulfaniluree).
2. L'erogazione della quota per il governo clinico verrà effettuata al raggiungimento di un "target":
 - Nel primo anno (2007):
 - a) raggiungimento di una quota di diagnosi di diabete pari ad almeno il 70% della prevalenza media attesa. Posto come 4% circa la prevalenza media attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 3% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (30 per ogni mille assistiti);
 - b) rilevamento della circonferenza addominale in almeno un terzo dei pazienti diagnosticati come diabetici (10 per ogni mille assistiti);
 - c) rilevamento della emoglobina glicata in almeno un terzo dei pazienti diagnosticati come diabetici (10 per ogni mille assistiti).
 - Nel secondo anno (2008):
 - a) raggiungimento di una quota di diagnosi di diabete pari ad almeno il 80% della prevalenza media attesa. Posto come 4% circa la prevalenza media attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 3% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (32 per ogni mille assistiti);
 - b) rilevamento della circonferenza addominale in almeno due terzi dei pazienti diagnosticati come diabetici (24 per ogni mille assistiti);
 - c) rilevamento della emoglobina glicata in almeno un terzo dei pazienti diagnosticati come diabetici (24 per ogni mille assistiti).
 - Nel terzo anno (2009):
 - a) raggiungimento di una quota di diagnosi di diabete pari ad almeno il 90% della prevalenza media attesa. Posto come 4% circa la prevalenza media attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 4% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (36 per ogni mille assistiti).
 - b) rilevamento della circonferenza addominale per tutti i pazienti diagnosticati come diabetici (40 per ogni mille assistiti);
 - c) rilevamento della emoglobina glicata in tutti i pazienti diagnosticati come diabetici (40 per ogni mille assistiti).

3. Le modalità di adesione al progetto prevedono che i medici di Assistenza Primaria aderiscano al progetto presentando annualmente un report nel quale siano riportati:
 - a) l'elenco dei pazienti affetti con relativa diagnosi nel rispetto della legge sulla privacy;
 - b) la classificazione sulla base del BMI (BMI < 25 o BMI > 25);
 - c) la circonferenza addominale;
 - d) il valore della emoglobina glicata;
 - e) la terapia in atto (dieta ipoglicidica, biguanide, sulfanilurea, insulina).
4. Al report annuale dovrà essere allegata una dichiarazione (modulo A) dalla quale risultino:
 - a) l'identificazione del medico;
 - b) il numero di assistiti in carico al medico;
 - c) il numero di pazienti affetti da diabete mellito;
 - d) la prevalenza dei pazienti affetti nella popolazione di assistiti del medico (pazienti affetti/assistiti);
 - e) il raggiungimento del target assegnato per l'anno in corso.

Ipertensione Arteriosa

1. L'adesione al progetto di governo clinico dell'Ipertensione Arteriosa comprende:
 - a) La diagnosi di Ipertensione Arteriosa (semplice conferma per i pazienti già in trattamento e diagnosi secondo le linee guida nei pazienti non ancora diagnosticati);
 - b) La registrazione della pressione arteriosa;
 - c) Il tipo di terapia in corso (trattamento con un farmaco, associazione di due farmaci, associazione di tre farmaci, associazione di più di tre farmaci).
2. L'erogazione della quota per il governo clinico verrà effettuata al raggiungimento di un "target".

Nel primo anno (2007):

 - a) raggiungimento di una quota di diagnosi di ipertensione arteriosa pari ad almeno il 70% della prevalenza minima attesa. Posto come 10% circa la prevalenza minima attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 7% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (70 per ogni mille assistiti);
 - b) misurazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica in tutti i pazienti rilevati;
 - c) indicare tipo di terapia (trattamento con 1 farmaco, associazione di due farmaci, associazione di tre farmaci, associazione di più di tre farmaci) su tutti i pazienti rilevati;
 - d) indicare il risultato della terapia in corso (nessuno, parziale, target raggiunto) su tutti i pazienti rilevati;

Nel secondo anno (2008):

 - a) raggiungimento di una quota di diagnosi di ipertensione arteriosa pari ad almeno l'80% della prevalenza minima attesa. Posto come 10% circa la prevalenza minima attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 9% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (80 per ogni mille assistiti);

- b) misurazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica in tutti i pazienti rilevati;
- c) indicazione del tipo di terapia (trattamento con 1 farmaco, associazione di due farmaci, associazione di tre farmaci, associazione di più di tre farmaci) su tutti i pazienti rilevati;
- d) indicazione del risultato della terapia in corso (nessuno, parziale, target raggiunto) su tutti i pazienti rilevati.

Nel terzo anno (2009):

- a) raggiungimento di una quota di diagnosi di ipertensione arteriosa pari ad almeno il 90% della prevalenza minima attesa. Posto come 10% circa la prevalenza minima attesa sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 10% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (90 per ogni mille assistiti);
 - b) misurazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica in tutti i pazienti rilevati
 - c) indicazione del tipo di terapia (trattamento con 1 farmaco, associazione di due farmaci, associazione di tre farmaci, associazione di più di tre farmaci) su tutti i pazienti rilevati;
 - d) indicazione del risultato della terapia in corso (nessuno, parziale, target raggiunto) su tutti i pazienti rilevati.
3. Le modalità di adesione al progetto prevedono che i medici di Assistenza Primaria aderiscano al progetto presentando annualmente un report nel quale siano riportati:
- a) l'elenco dei pazienti affetti con misurazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica nel rispetto della legge sulla privacy;
 - b) l'indicazione del tipo di terapia (trattamento con 1 farmaco, associazione di due farmaci, associazione di tre farmaci, associazione di più di tre farmaci);
 - c) il risultato della terapia in corso (nessuno, parziale, target raggiunto).
4. Al report annuale dovrà essere allegata una dichiarazione (modulo B) dalla quale risultino:
- a) l'identificazione del medico;
 - b) il numero di assistiti in carico al medico;
 - c) il numero di pazienti affetti da ipertensione arteriosa;
 - d) la prevalenza dei pazienti affetti nella popolazione di assistiti del medico (pazienti affetti/assistiti);
 - e) il raggiungimento del target assegnato per l'anno in corso.

BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)

1. L'adesione al progetto di governo clinico della BPCO comprende:

Per i pazienti di nuova diagnosi:

- a) identificazione dei pazienti fumatori o ex fumatori che giungono all'osservazione nel periodo;
- b) indicazione dell'ipotesi diagnostica con criterio clinico, cioè sulla base dei sintomi;
- c) valutazione del livello di gravità della patologia (ipotesi o certezza diagnostica)

- Per i pazienti già in trattamento:
- a) conferma della diagnosi di BPCO sulla base di una spirometria, anche se effettuata in precedenza;
 - b) segnalazione del tipo di terapia in corso;
 - c) definizione del grado di controllo dei pazienti (sulla base del beneficio sintomatologico).
2. L'erogazione della quota per il governo clinico verrà effettuata al raggiungimento di un "target":
- Nel primo anno (2007):
- a) raggiungimento di una quota di diagnosi di BPCO pari ad almeno un terzo della prevalenza media percepita in medicina generale. Posto come 2.7% circa la prevalenza media percepita in medicina generale sul totale della popolazione, è necessario raggiungere lo 0.9 % per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (9 per ogni mille assistiti);
 - b) Indicazione dell'ipotesi di stadio, con criterio clinico, oppure la certezza di stadiazione, con criterio spirometrico, su tutti i nuovi casi diagnosticati;
 - c) Indicazione del tipo di terapia su tutti i pazienti trattati;
 - d) Indicazione del grado di controllo su tutti i pazienti trattati.
- Nel secondo anno (2008):
- a) raggiungimento di una quota di diagnosi di BPCO pari ad almeno due terzi della Prevalenza media percepita in medicina generale. Posto come 2.7% circa la prevalenza Media percepita in medicina generale sul totale della popolazione, è necessario raggiungere l'1.8% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (18 per ogni mille assistiti);
 - b) indicazione dell'ipotesi di stadio, con criterio clinico, oppure la certezza di stadiazione, con criterio spirometrico, su tutti i nuovi casi diagnosticati;
 - c) indicazione del tipo di terapia su tutti i pazienti trattati;
 - d) indicazione del grado di controllo su tutti i pazienti trattati.
- Nel terzo anno (2009):
- a) raggiungimento di una quota di diagnosi di BPCO pari al totale della prevalenza media percepita in medicina generale. Posto come 2.7% circa la prevalenza media percepita in medicina generale sul totale della popolazione, è necessario raggiungere il 2.7% per cento di diagnosi accertate sul totale degli assistiti (27 per ogni mille assistiti);
 - b) indicazione dell'ipotesi di stadio, con criterio clinico, oppure la certezza di stadiazione, con criterio spirometrico, su tutti i nuovi casi diagnosticati;
 - c) indicazione del tipo di terapia su tutti i pazienti trattati;
 - d) indicazione del grado di controllo su tutti i pazienti trattati.
3. Le modalità di adesione al progetto prevedono che i medici di Assistenza Primaria aderiscano al progetto presentando annualmente un report nel quale siano riportati:
- a) l'elenco dei pazienti affetti con ipotesi di stadiazione su base clinico-sintomatologica per quelli di nuova diagnosi e con stadiazione spirometrica, anche su base di spirometria per quelli già trattati nel rispetto della legge sulla privacy;
 - b) l'indicazione del tipo di terapia ed il grado di controllo ottenuto nei pazienti già in terapia;
 - c) il risultato della terapia in corso (nessuno, parziale, target raggiunto).

4. Al report annuale dovrà essere allegata una dichiarazione (modulo C) dalla quale risultino:

- a) l'identificazione del medico;
- b) il numero di assistiti in carico al medico;
- c) il numero di pazienti affetti;
- d) la prevalenza dei pazienti affetti nella popolazione di assistiti del medico (pazienti affetti/assistiti);
- e) il raggiungimento del target assegnato per l'anno in corso.

Allegato 2**Modelli di adesione dei medici di assistenza primaria al progetto del Governo clinico****Governo clinico della malattia diabetica
(modulo A)**

Il sottoscritto/a dott.ssa

Cognome.....Nome.....

Codice Regionale.....

Residente a.....via.....n°.....,

convenzionato per la Medicina Generale nel comune di.....

titolare al 30/06 dell'anno in corso di n°scelte

comunica

che i pazienti affetti da Diabete Mellito rilevati sono

per una prevalenza del (n° di rilevati/n° di assistiti)%.

Dichiara inoltre di: Avere raggiunto il target fissato Non avere raggiunto il target fissato

per tutti gli elementi richiesti (Prevalenza, BMI, Circonferenza addominale, emoglobina glicata).

data.....

Timbro e Firma

.....

**Governo clinico della malattia ipertensione arteriosa
(modulo B)**

Il sottoscritto/a dott/ssa

Cognome.....Nome.....

Codice Regionale.....

Residente a.....via.....n°.....

convenzionato per la Medicina Generale nel comune di.....

titolare al 30/06 dell'anno in corso di n°scelte

comunica

che i pazienti affetti da Ipertensione Arteriosa rilevati sono

per una prevalenza del (n° di rilevati/n° di assistiti)%

Dichiara inoltre di:

Avere raggiunto il target fissato

Non avere raggiunto il target fissato

per tutti gli elementi richiesti (Prevalenza, Calcolo del rischio cardiovascolare).

data.....

Timbro e Firma

.....

**Governo clinico della BPCO
(modulo C)**

Il sottoscritto/a dott/ssa

Cognome.....Nome.....

Codice Regionale.....

Residente a.....via.....n°.....

convenzionato per la Medicina Generale nel comune di.....

titolare al 30/06 dell'anno in corso di n°scelte

comunica

che i pazienti affetti da BPCO rilevati sono

per una prevalenza del (n° di rilevati/n° di assistiti)%

Dichiara inoltre di:

Avere raggiunto il target fissato

Non avere raggiunto il target fissato

per tutti gli elementi richiesti (prevalenza, stadiazione, tipo di terapia eventualmente in atto, grado di controllo dei pazienti trattati).

data.....

Timbro e Firma

.....

Allegato 3**Dotazione strumentale e farmacologica nelle postazioni
della Continuità assistenziale**

1. Fonendoscopio
2. Sfigmomanometro
3. Otoscopio
4. Pallone AMBU e dotazioni accessorie
5. Bombole monouso di ossigeno terapeutico con dotazioni accessorie
6. Set per chirurgia ambulatoriale (monouso e sterilizzabili)
7. Sterilizzatrice
8. Lampadina diagnostica
9. Reflettometro e relative strisce reattive per glicemia
10. Siringhe monouso assortite
11. Aghi a farfalla e agocannule assortiti
12. Garze sterili, bende elastiche, cerotti assortiti
13. Alcool e disinfettanti
14. Aghi per sutura di varie misure
15. Steri-strip per piccole suture cutanee
16. Guanti in lattice monouso sterili
17. Mascherine chirurgiche
18. Abbassalingua
19. Ghiaccio istantaneo
20. Soluzione fisiologica 100 – 250 - 500 ml
21. Soluzione glucosata 5% e 33%

PRESIDI FARMACOLOGICI

1. Nifedipina 10 mg cp
2. Adrenalina fl. 1mg/1ml
3. Aminofillina fl ev
4. Acetilsalicilato di lisina fl 1000 mg
5. Aspirina cpr

6. Atropina fl.e coll.
 7. Betametasone fl e coll.
 8. Eparina Calcica fl
 9. Eparina Sodica fl
 10. Nitroglicerina sublinguale
 11. Isosorbide dinitrato sublinguale
 12. Clonidina fl
 13. Prometazina fl
 14. Idrocortisone fl100, 500, 1000 mg
 15. Gentamicina coll.
 16. Midodrina gtt.
 17. Verapamile fl
 18. Propafenone fl
 19. Digossina fl
 20. Clorpromazina fl e gtt
 21. Furosemide fl
 22. Magnesio idrossido e alluminio idrossido
 23. Tiocolchiside fl
 24. Naloxone fl
 25. Metamizolo fl e gtt
 26. Metoclopramide fl
 27. Paracetamolo supp. 125, 250, 500, 1000
 28. Acido tranexamico fl
 29. Diazepam gtt e fl
 30. Diclofenac fl
 31. Ranitidina fl
 32. Oxedrina tartaro gtt
 33. Insulina pronta fl
 34. Dopamina fl 200 mg
- N.B.: Per i farmaci quali adrenalina, insulina, tachipirina supp., ecc. deve essere garantita la conservazione in frigorifero.

Allegato 4**Requisiti di sicurezza delle sedi di Continuità Assistenziale e degli automezzi di servizio**

- a) Oltre agli adempimenti di legge previsti dall'ACN (legge 626/94) le Aziende garantiscono che:
- Siano posti a disposizione degli operatori, laddove prevista attività ambulatoriale, locali ad uso ambulatorio adeguatamente attrezzati, distinti da quelli previsti per il riposo e la sosta dei medici : questi ultimi dovranno essere in ragione di un locale per ogni medico in turno, ciascuno dotato dell'arredo necessario per il riposo del medico nei tempi di inattività (date le caratteristiche di lavoro notturno discontinuo attribuito alla Guardia Medica – vedi sentenza Corte di Giustizia Europea 09/09/2003 n. C-151/03) con servizio igienico ad uso esclusivo del medico in servizio Dovrà essere inoltre assicurata la pulizia giornaliera dei locali.
 - Siano predisposti presso ogni sede:
 - Impianto di allarme con sirena esterna azionabile mediante telecomando (uno per medico in turno con apposita clip per cintura o simile), collegato con le centrali delle forze dell'ordine (112 o 113);
 - Videocitofono o citofono e sistema di videosorveglianza nelle sedi a maggior rischio
 - Telefono dotato di identificativo di chiamata con idoneo sistema di registrazione delle chiamate su supporto magnetico o digitale
 - Inferriate alle finestre se la sede è situata a piano terra.
 - Telefoni cellulari di servizio privi di blocco
 - Porta di accesso alla sede blindata o comunque in grado di resistere a tentativi di intrusione e vetri antisfondamento.
 - Sia assicurata la vigilanza armata nelle sedi maggiormente a rischio o situate in ambiti territoriali a più alto tasso delinquenziale , sentiti la Prefettura competente e il Comitato Aziendale.
- b) Gli automezzi di servizio forniti dalla Azienda dovranno essere dotati di Airbag, sistema antibloccaggio delle ruote (ABS). Vanno sempre assicurati il rifornimento e la manutenzione.

Allegato 5

ASSISTENZA AI CITTADINI STRANIERI

- **CITTADINI STRANIERI NON APPARTENENTI ALL'UE ED APOLIDI** (di cui alla CIRCOLARE 24 marzo 2000, n. 5 del MINISTERO DELLA SANITA' - Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria)

- *Stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno*

(Normativa di riferimento: D.Lgs. 25/07/1998, n. 286; D.P.R. 31/08/1999, n. 394; Ministero della Sanità Circ. 14/03/2000, n. 5 D.P.R. 28/07/2000, n. 272 e succ. integrazioni e modificazioni).

Hanno l'obbligo/diritto di iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento con i cittadini italiani, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria erogata in Italia dal SSN, che si estende anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti, gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per:

- attività di lavoro autonomo;
- attività di lavoro subordinato;
- iscrizione nelle liste di collocamento;
- motivi familiari e ricongiungimento familiare;
- asilo politico;
- asilo umanitario, rientrano in questa categoria:
- permessi di soggiorno per motivi di protezione sociale
- minori di anni 18
- donne in gravidanza e puerperio (fino a un massimo di sei mesi)
- permessi di soggiorno per motivi umanitari e motivi straordinari
- stranieri ospitati in centri di accoglienza
- richiesta di asilo sia politico che umanitario (esentati dal pagamento del ticket alla pari dei disoccupati iscritti nelle liste di collocamento);
- attesa di adozione;
- affidamento;
- acquisto della cittadinanza (rientrano in questa categoria coloro che hanno presentato domanda per ottenere la cittadinanza italiana);
- motivi di salute (rilasciato ai cittadini stranieri che hanno ottenuto una proroga del proprio permesso di soggiorno avendo contratto una malattia o subito un infortunio che non consenta loro di lasciare il territorio nazionale).

L'iscrizione al SSN deve essere richiesta alla ASL di residenza, o di effettiva dimora.

Il neonato deve essere iscritto entro il 90° giorno dalla nascita. Nel frattempo può essere assistito sulla base del libretto sanitario di un genitore.

L'iscrizione obbligatoria al SSN dà diritto all'assistenza sanitaria esclusivamente all'interno del territorio nazionale.

L'iscrizione al SSN non è dovuta per le seguenti categorie di stranieri:

- titolari di permesso di soggiorno per affari;
- dirigenti di società con sede in Italia;
- lavoratori dipendenti da datori di lavoro aventi sede all'estero;
- giornalisti non tenuti a corrispondere in Italia l'IRPEF per l'attività svolta (D.lgs. 286/98 Art. 27);

- persone che godono delle immunità e dei privilegi previsti dalla Convenzione di Vienna sulle relazioni diplomatiche e sulle relazioni consolari, ratificata con Legge 9 agosto 1967, n. 804.

Tali categorie sono comunque tenute ad avere una copertura assicurativa per sé e per i propri familiari. Possono anche iscriversi volontariamente al SSN pagando il previsto contributo.

- STRANIERI ISCRITTI VOLONTARIAMENTE AL SSN

(Normativa di riferimento: D.Lgs. 25/07/1998, n. 286; D.P.R. 31/08/1999, n. 394; Ministero della Sanità Circ. 24703/2000, n. 5 e succ. integrazioni e modificazioni)

L'iscrizione volontaria al SSN può essere richiesta dagli stranieri:

- con permesso di soggiorno di durata superiore ai tre mesi e che non rientrino tra coloro che sono di diritto iscritti al SSN, previo versamento di un contributo pari ad Euro 387,34 per anno solare (gennaio-dicembre), non frazionabile; l'iscrizione ha scadenza annuale e si estende anche ai familiari a carico;
- soggiornanti per motivi di studio e da quelli collocati alla pari, anche se titolari di un permesso di soggiorno di durata inferiore a tre mesi.

Tali soggetti verseranno, a titolo di partecipazione alla spesa, un contributo forfetario annuale riferito all'anno solare (gennaio-dicembre) non frazionabile così stabilito:

- Euro 149,77 per stranieri soggiornanti per motivi di studio;
- Euro 219,49 per stranieri collocati alla pari.

Tale iscrizione volontaria non è valida per i familiari a carico.

Lo studente o persona alla pari che abbiano al seguito familiari a carico, potranno chiederne l'iscrizione volontaria.

- STRANIERI REGOLARMENTE SOGGIORNANTI NON ISCRITTI AL SSN

(Normativa di riferimento: D.Lgs 25/07/1998, n. 286 Art. 35; D.P.R. 31/08/1999, n. 394 Art. 43; Ministero della Sanità Circ. 24/03/ 2000, n. 5 e succ. integrazioni e modificazioni)

Agli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno non superiore a tre mesi e quindi non iscritti al SSN, vengono assicurate:

- le prestazioni ed i servizi offerti dal SSN dietro pagamento per intero delle relative tariffe.

Le tariffe delle prestazioni sanitarie sono determinate dalle Regioni e Province Autonome. Sono esentati dal pagamento di tali tariffe gli stranieri muniti di modelli attestanti il diritto all'assistenza sanitaria in base a trattati ed accordi bilaterali sottoscritti dall'Italia con i seguenti Paesi:

- Argentina
- Australia
- Bosnia-Erzegovina
- Brasile
- Capo Verde
- Croazia
- Macedonia
- Principato di Monaco
- Repubblica di San Marino
- Repubblica Federale di Jugoslavia
- Svizzera
- Tunisia

Ad essi la ASL di competenza territoriale rilascia il "carnet della salute" che prevede l'assistenza sanitaria alla pari dei cittadini italiani (con la sola esclusione del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta).

- STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME DI INGRESSO E SOGGIORNO

(Normativa di riferimento: D.Lgs. 25/07/1998 n. 286 Art. 35; DPR 31/07/1999, n. 394;; Ministero della Sanità Circ. 24/03/ 2000, n. 5; DM 10/09/ 1998 e successive integrazioni e modificazioni).

L'assistenza ai cittadini stranieri non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno, qualora privi di risorse economiche sufficienti, viene garantita mediante il rilascio di un tesserino recante il codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), secondo le modalità previste dalla Del. G.R. 5122/97, integrate dalle disposizioni dell'art. 43 del DPR 394/99.

Il tesserino STP è rilasciato da qualsiasi ASL, Azienda Ospedaliera, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Policlinico Universitario.

Il rilascio del tesserino è subordinato ad una dichiarazione di indigenza da parte dallo straniero, attraverso la compilazione del modello predisposto dal Ministero della Salute, che rimarrà agli atti della struttura emittente.

Per la compilazione di tale dichiarazione non è richiesto alcun documento di riconoscimento.

I dati registrati presso la struttura che emette il tesserino STP sono protetti dalla vigente normativa sulla privacy.

Come per i cittadini italiani, l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto.

Il tesserino STP ha validità semestrale, rinnovabile in caso di permanenza in Italia ed è valido su tutto il territorio nazionale.

Ai cittadini stranieri non in regola con le norme di ingresso e soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 35 D.Lgs 286/98).

Sono in particolare garantiti gratuitamente, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa (ticket) previste per gli iscritti al SSN:

- la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane (DM 10 settembre 1998);
- la tutela della salute del minore;
- gli interventi di profilassi internazionale;
- la profilassi, la diagnosi e la cura della malattie infettive;
- le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni, effettuate presso i Centri Vaccinali delle ASL.

Per le altre prestazioni sanitarie vigono le norme previste per gli iscritti al SSN.

Lo straniero in possesso del tesserino STP è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, alla pari del cittadino italiano, per quanto concerne:

- le prestazioni sanitarie di primo livello e le urgenze;
- lo stato di gravidanza;
- le patologie esenti;

- età inferiore ad anni 6 e superiore ad anni 65 (se il reddito complessivo del nucleo familiare, riferito all'anno precedente, è inferiore a Euro 36.151,98);
- gravi stati invalidanti;
- tutti gli accertamenti ed i farmaci correlati alle patologie di cui al DM 329/99 (coloro cui sia stata accertata una patologia prevista dal citato decreto sono tenuti al possesso del tesserino di esenzione per patologia rilasciato secondo le stesse modalità previste per i cittadini italiani).

N. B.

Non essendo iscritti, né iscrivibili al SSN, gli stranieri con tesserino STP non possono usufruire del medico di base e del pediatra di libera scelta.

Per le prestazioni di primo livello (prima visita e prescrizioni per accertamenti e consulenze specialistiche) possono comunque rivolgersi agli ambulatori di primo livello istituiti dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dai Policlinici Universitari.

In particolare, per la prima accoglienza dell'età pediatrica, è possibile usufruire degli ambulatori pediatrici ospedalieri, consultori pediatrici, consultori familiari.

Appendice. n 1**PROTOCOLLO SUL DIRITTO DI SCIOPERO**

1. Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.
2. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli nazionale, regionale, aziendale.
3. Sono prestazioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.
Per "ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali" sono da intendersi "progetti regionali che prevedano le prestazioni di cui al comma 3.
Per lo svolgimento delle attività di cui sopra è prevista la contattabilità del medico di AP in sciopero.
4. Nel campo della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale, oltre a quelle previste dal precedente comma 3 per quanto di competenza, sono prestazioni indispensabili gli interventi di cui agli artt. 67 e 95 dell'ACN limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici.
Sono prestazioni indispensabili per la CA:
 - > visite domiciliari urgenti;
 - > visite domiciliari a pazienti in ADI;Sono prestazioni indispensabili per l'EST:
 - > attività a bordo di mezzi ALS su codici gialli e rossi, anche in caso di maxiemergenze;
 - > laddove istituito il servizio, il trasporto protetto per codici gialli e rossi.Nel campo della medicina dei servizi territoriali, sono prestazioni indispensabili quelle di cui all'art. 78, comma 12 dell'ACN.
5. Le prestazioni di cui ai commi 3 e 4, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi Capi dell'ACN e fino all' entrata in vigore degli Accordi regionali.
6. Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.
7. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sono fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.
Al medico di AP in sciopero è riconosciuta una maggiorazione del 50% dei compensi dovuti per le prestazioni effettuate di cui al comma 3, come disciplinato all'articolo 16 del presente AIR.

8. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30 dell'ACN.
9. Le organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:
- > nel mese di agosto;
 - > nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
 - > nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
 - > nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
 - > nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
10. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
11. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.
12. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente agli addetti della continuità assistenziale, della medicina dei servizi territoriali e dell'emergenza sanitaria, con apposite intese a livello regionale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui al comma 4, nonché per la loro distribuzione territoriale.
- Relativamente ai medici di CA ed EST, nel rispetto dell'attuale distribuzione delle circoscrizioni di CA e delle Unità Operative di 118, i contingenti minimi corrispondono al numero di medici previsti per turno in ciascuno di essi.
- Al fine di garantire il diritto di sciopero, le Aziende adottano tutte le misure necessarie alla copertura del turno risultante vacante per l'adesione allo sciopero medesimo del medico o dei medici contingentati per gli effetti del comma 12.
- A tal fine non può essere utilizzato il medico reperibile per quel turno.
- In caso di impossibilità da parte dell'Azienda a garantire quanto sopra, al medico contingentato sono riconosciuti i normali compensi più il 50% dell'onorario professionale di cui agli artt. 72, comma 1, e 98, comma 1, dell'ACN.
13. Per l'area dell'assistenza primaria, l'individuazione del contingente di medici si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art. 6.
14. E' fatto divieto, al medico in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per la effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui ai commi 3 e 4.

15. La comunicazione di cui al comma 6 non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:
 - a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
 - b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all' Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

16. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

17. La trattenuta dei compensi di cui ai commi 7 e 17 deve essere effettuata dall'Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

18. Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 6.

Letto, approvato e sottoscritto

L'Assessore Regionale alla Sanità dr. Bernardo MAZZOCCA

FIRMATO

Il Segretario Regionale FIMMG dr. Walter PALUMBO

FIRMATO

Il Segretario Regionale FEDERAZIONE MEDICA dr.ssa Mirella TRIOZZI

FIRMATO

Il Segretario Regionale SIMET Abruzzo / Intesa Sindacale dr. Giuseppe QUINZII

FIRMATO

Pescara, 4 agosto 2006