



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL' IGIENE E SANITA' E
DELL' ASSISTENZA SOCIALE**

**ACCORDO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE IN
ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DALL' ACCORDO
COLLETTIVO NAZIONALE DEL 29 LUGLIO 2009**

Per la Regione Sardegna l'Assessore alla Sanità

On. Antonello Liori

Per le OO.SS.

F.I.M.M.G.

S.N.A.M.I.

S.M.I.

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI-FP CGIL MEDICI-SIMET-SUMAI

CAGLIARI

PREMESSA

L'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale condividono la necessità di una nuova e più moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale distrettuale, con particolare riferimento all'area delle cure primarie.

Il rafforzamento delle Cure Primarie è considerato ormai condizione indispensabile per affrontare in maniera adeguata le difficoltà legate alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi, ai tempi e alle liste d'attesa, alla sostenibilità economica del sistema sanitario

Gli aspetti che il presente Accordo intende focalizzare sono i seguenti:

- 1. la promozione della medicina d'iniziativa;*
- 2. la semplificazione burocratica e appropriatezza prescrittiva;*
- 3. lo sviluppo dell'assistenza domiciliare;*
- 4. il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;*
- 5. la definizione di procedure di raccordo Ospedale-Territorio;*
- 6. il riconoscimento del ruolo cardine della Medicina Generale;*
- 7. la capillare diffusione dell'informatizzazione nel territorio.*

1. La medicina d'iniziativa.

Occorre dare impulso a tutte quelle attività che portano la medicina generale all'interno delle strutture familiari allo scopo di stimolare e creare una "coscienza di salute" tale da affrontare con criteri diversi patologie di grande rilevanza sociale.

2. La semplificazione burocratica ed appropriatezza prescrittiva.

Semplificare le procedure burocratiche, anche attraverso l'attivazione di un sistema di mailing certificato, è un imperativo non più rinviabile; i criteri di appropriatezza prescrittiva devono essere la risultante di progetti condivisi centrati sulla patologia e la spesa per la farmaceutica e la diagnostica.

3. Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare deve diventare la vera alternativa al ricovero ospedaliero per il trattamento della cronicità e della post-acuzie.

4. Il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza

Equipes di professionisti organizzeranno le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del distretto. Il MMG è il garante della continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità.

La continuità delle cure deve prevedere la partecipazione attiva del medico a tutte le fasi del percorso di assistenza del proprio assistito, a partire dalle cure domiciliari al suo ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione o la transitoria, o definitiva, istituzionalizzazione.

5. La definizione di procedure di raccordo Ospedale-Territorio

La codifica di percorsi definiti Ospedale-Territorio, unitamente all'istituzione di efficaci canali di dialogo interattivo, ridurrà i rischi di ricoveri impropri e di dimissioni inaspettate.

6. Il riconoscimento del ruolo cardine della Medicina Generale

Il ruolo cardine del MMG quale primo presidio del Sistema Sanitario Regionale deve essere riconosciuto ed implementato tanto nella prevenzione quanto nella gestione delle patologie ad alto impatto sociale: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, degenerative.

7. La capillare diffusione dell'informatizzazione

Per una medicina di famiglia al passo coi tempi è necessario dare il massimo impulso alla diffusione dei sistemi informatici negli studi dei Medici di Assistenza Primaria che consentano l'utilizzo delle nuove procedure di trasmissione dei dati e delle ricette.

ASSISTENZA PRIMARIA

1. LA MEDICINA D'INIZIATIVA: AZIONI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Regione Sardegna intende, attraverso i medici di MG, distribuiti in maniera capillare su tutto il territorio regionale, porre in essere strategie che portino al miglioramento dello stato di salute dei cittadini sardi, sia nella prevenzione che nella terapia delle malattie di maggior impatto sociale. Fondamentale è l'integrazione delle procedure diagnostico-terapeutiche dei MMG con quelle degli specialisti, in un rapporto paritario teso alla migliore fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

L'adesione ai progetti è volontaria e comporta il perseguimento dei protocolli condivisi.

Compito delle Aziende Sanitarie (A.S.) è mettere in atto quelle modalità che devono rendere il progetto realizzabile.

Per ogni progetto sono individuati gli obiettivi, le modalità, i tempi di prima applicazione e quelli successivi, così come i report da inviare, a cura della A.S., all'Assessorato alla Sanità per la verifica e il controllo.

1.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE (CDV)

a) Le malattie cardiovascolari sono la causa più importante di mortalità, morbilità e invalidità della nostra regione e il MMG deve per questo assumere un ruolo primario nella prevenzione.

A tal fine aderisce al programma nazionale di prevenzione, utilizzando per i suoi assistiti le linee guida e le risorse messe a disposizione dall'ISS e dalla Regione Sardegna, calcolando per i propri pazienti il punteggio individuale.

b) Il programma, previsto nell'ambito dei Progetti del Piano Regionale di prevenzione, è definito e gestito nell'**allegato Z e Z.1**.

A ciascun medico che aderisce al progetto è corrisposto un compenso pari ad una quota capitaria di € 1.00 all'anno erogata di norma mensilmente in dodicesimi.

c) Il progetto è attualmente finanziato per il 40 % degli assistiti e pertanto è soggetto a verifica e controllo della consistenza dei fondi da parte del Comitato Regionale (COM. REG.).

1.2 VALUTAZIONE DEL RISCHIO RENALE (RR)

a) Recenti studi epidemiologici stimano che circa 80000 Sardi (5% della popolazione) siano affetti da insufficienza renale cronica (IRC), molti dei quali ipertesi e diabetici, mentre i dializzati risultano oltre 2000 con un incremento costante.

E' necessario adottare piani operativi in sinergia tra gli specialisti e i medici di medicina generale finalizzati alla prevenzione del danno renale, alla diagnosi precoce delle nefropatie e al rallentamento della progressione del danno renale.

b) Al MMG compete la precoce individuazione dei soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di procedure che mettono in evidenza la presenza di un iniziale danno renale in modo da porre in essere quelle strategie che possono ridurlo o rallentarlo.

c) Il programma, previsto nell'ambito dei Progetti del Piano Regionale di prevenzione, è definito nell'**allegato Z e Z.2**.

A ciascun medico che aderisce al progetto è corrisposto un compenso pari ad una quota capitaria di € 1.00 all'anno erogata di norma mensilmente in dodicesimi.

d) Il progetto è attualmente finanziato per il 40 % degli assistiti e pertanto è soggetto a verifica e controllo della consistenza dei fondi da parte del Com. Reg..

1.3 GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

a) Il Diabete, specie il DM di tipo I, nella nostra regione ha un'incidenza superiore rispetto alle altre regioni italiane. Attualmente vengono individuati in 50000 i cittadini colpiti nella nostra regione, mentre in 30000 si presume che siano quelli non diagnosticati e non trattati. Il Progetto si propone di utilizzare i MMG e gli specialisti in diabetologia in sinergia per la gestione integrata del paziente diabetico. I medici devono condividere, dei pazienti in comune, i dati clinici e le linee guida e la comunicazione tra di loro deve essere facilitata ed efficace.

b) Momento fondamentale dell'arruolamento dei pazienti da parte del MMG è l'adesione alla nuova strategia integrata. Il programma, è definito nell'**allegato Z e Z.3**.

A ciascun medico che aderisce al progetto è corrisposto un compenso annuo di 150 euro per ogni paziente arruolato, erogato in frazioni mensili (12,50 euro mese). La A.S. è tenuta a fornire ai medici i presidi necessari al monitoraggio e valutazione della glicemia, in quantità adeguate al numero dei pazienti arruolati.

c) I MMG che aderiscono al progetto hanno la possibilità di effettuare per i loro pazienti diabetici la certificazione per il riconoscimento dell'esenzione per questa patologia e inoltre la prescrizione dei presidi riconosciuti per il monitoraggio della stessa, ai sensi delle normative vigenti. All'uopo le A.S. rilasciano la modulistica conforme all'uso richiesto.

d) Sono fatti salvi gli arruolamenti e le adesioni già attivate con il precedente AIR.

e) Il progetto è finanziato per una quota parte dei pazienti diabetici pari a 10000 unità, ed è soggetto a controllo per la verifica della consistenza del fondo da parte del Comitato Regionale.

1.4 CURE PALLIATIVE, DOLORE CRONICO E SCREENING

a) Il miglioramento della qualità dell'assistenza con l'utilizzo di percorsi condivisi multidisciplinari dai MMG sono l'obiettivo per un corretto governo clinico. La conoscenza e la gestione di linee guida consente il miglioramento dell'assistenza e delle attività di prevenzione. Le attività correlate al perseguimento di questi obiettivi, e per questo remunerate con 1,54 a quota capitaria (utilizzando il fondo di cui all'art 59 lett.B comma 15 ACN al 50%) annua, sono :

I. Terapia del dolore cronico e cure palliative:

Il MMG è tenuto a seguire i protocolli della terapia del dolore, forniti dalla A.S., dopo che gli stessi sono stati espressi dall'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza prescrittiva (ORpA), per questo la Azienda Sanitaria deve attivare percorsi formativi dedicati entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

II. Partecipazione ai programmi aziendali di screening oncologico:

Il MMG partecipa ai programmi aziendali e regionali di screening oncologico. Ai medici che partecipano al programma e si attivano per diffonderlo presso i propri assistiti vengono

forniti gli elenchi dei pazienti coinvolti. L'Azienda Sanitaria informerà sui risultati dei test relativi e sulla adesione. Il medico partecipa attivamente alla definizione delle liste secondo le modalità messe a punto a livello aziendale.

I risultati, disaggregati per distretto, sono valutati in Comitato Aziendale ex art 23 dell'ACN. La Azienda Sanitaria al termine dell'anno solare invia i dati al Comitato Regionale per la valutazione dell'efficacia del progetto e per eventuali correttivi.

2. SEMPLIFICAZIONE BUROCRATICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA .

2.1 SEMPLIFICAZIONE BUROCRATICA

La semplificazione burocratica degli atti nonché dei rapporti con la Pubblica Amministrazione va perseguita e ricercata attraverso forme semplici che possano realmente velocizzare le procedure. Le parti convengono di ricercare con tutti gli attori del sistema le modalità che permettano ai cittadini di ottenere un reale snellimento delle procedure.

a) La Regione si impegna a emanare disposizioni univoche per tutte le Aziende Sanitarie affinché i medici, anche attraverso l'utilizzo di e-mail certificate, fornite dalle Aziende, possano dialogare con le amministrazioni in maniera efficace e completa.

La documentazione richiesta dovrà essere unica, condivisa e uniforme per tutte le Aziende.

b) Il Comitato Regionale individua le modalità per la semplificazione burocratica dei percorsi diagnostici e terapeutici, nonché tutto ciò che concerne l'attività dei MMG, anche attraverso forme di presa in carico da parte degli specialisti.

c) La semplificazione passa attraverso la condivisione delle norme che regolano la prescrizione. L'Assessorato attraverso l'informazione sul farmaco, il tariffario e le linee guida pone in essere tutte quelle attività di formazione e di conoscenza necessarie affinché tutti possano essere coerenti nella loro applicazione. Le Aziende Sanitarie danno attuazione di quanto loro richiesto sia attraverso una corretta informazione ai cittadini che formando gli operatori.

2.2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI

a) Risparmi Di Gestione

L'obiettivo di razionalizzare la spesa è un obbligo da non intendersi come mero adempimento contabile di rispetto formale di tetti di spesa ma anche nell'ottica della tutela della qualità dell'assistenza erogata. Il raggiungimento degli obiettivi, anche se ottenuto a livello di AFTMG attraverso programmi gestionali, consentirà di reinvestire una parte delle somme risparmiate finalizzandole al potenziamento delle attività della Medicina Generale.

b) Osservatorio Regionale Per L'appropriatezza Prescrittiva (ORPA)

Viene confermato e rinnovato l'ORpA delle prestazioni sanitarie, per assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e l'uso delle risorse per le finalità di cui all'art. 27 dell'ACN.

L'ORpA è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o suo delegato, ed è composto da tutte le componenti sanitarie interessate sia convenzionate che strutturate. La rappresentanza dei MMG è nominata dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.

Compito dell'ORpA è quello di fornire indirizzi generali relativi all'individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali attraverso la formulazione di linee guida per l'erogazione dei LEA e della spesa farmaceutica e di proporre le metodologie per far conoscere le linee guida e le normative che regolano la prescrizione.

c) Monitoraggio Della Spesa

Sulla base di quanto proposto dall'ORpA le Aziende Sanitarie si adeguano, monitorando la spesa così come richiesto, e semestralmente presentano l'attività, suddivisa per AFTMG (Aggregazione Funzionale Territoriale della Medicina Generale) e per Distretti, al Comitato Aziendale. Il Comitato Aziendale valuta l'attività e propone eventuali correttivi, comunicandoli ai MMG operanti nelle AFTMG. Inoltre provvede ad inviare annualmente al Comitato Regionale una relazione in materia.

d) Livelli Di Spesa Programmati

La razionalizzazione della spesa deve comunque considerare la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini come obiettivo primario.

I livelli di spesa programmati sono uno strumento gestionale fondamentale per la razionalizzazione delle risorse disponibili. Devono essere preferibilmente riferiti all'intero anno solare, nell'ambito dello stesso anno possono essere definiti anche più livelli di spesa programmati relativi ad aspetti diversi dell'assistenza. I progetti dovranno prevedere adeguati meccanismi di verifica e revisione con graduazione degli obiettivi programmati.

e) Attuazione Nelle Aziende Sanitarie

Le Aziende danno diffusione, e vigilano sull'attuazione, delle disposizioni che regolano i rapporti tra MMG, MCA, specialisti ed ospedalieri in materia di prescrizione. Attivano iniziative che consentano la conoscenza di situazioni in cui si verifica un distorto uso delle procedure previste. L'analisi dei livelli di spesa, per una valutazione equa, non va riferita al singolo medico, ma deve essere riferita ai medici operanti nelle AFTMG o in Distretti più ampi.

f) Appropriatelyzza Delle Prescrizioni Farmaceutiche: Progetto Obiettivo Sull'uso Intelligente Del Farmaco.

1) La spesa farmaceutica, anno per anno, cresce sia come entità che nel numero di DDD (dosi definite giornaliere) somministrate anche in rapporto all'incremento dell'età media della popolazione. Il MMG deve adottare tutte le strategie necessarie ad ottenere il massimo di efficacia al costo più basso possibile.

Il progetto obiettivo sull'uso intelligente del farmaco si propone di adottare azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva applicando sia linee guida dedicate che attraverso l'attivazione di programmi di formazione ed informazione indirizzati i primi alla classe medica e i secondi ai cittadini.

2) I medici che non intendono aderire al progetto devono comunicarlo alla A.S. di competenza. Le attività correlate al perseguimento di questi obiettivi, e per questo remunerate con 1,54 a quota capitaria (utilizzando il fondo di cui all'art 59 lett.B comma 15 ACN al 50%) annua, sono evidenziate nell'**Allegato V**. La valutazione è condotta con frequenza semestrale dall'ORpA, che può proporre eventuali azioni correttive ai Comitati Aziendali e al Comitato regionale.

3) I medici devono adoperarsi per la razionalizzazione della spesa farmaceutica, anche educando i pazienti ad un corretto utilizzo del farmaco; e, poiché spesso non sono direttamente coinvolti nella prescrizione devono, qualora la prescrizione sia suggerita, per

permettere una più facile individuazione degli ordinatori di spesa, barrare la casella S della ricetta.

4) Annualmente le Aziende Sanitarie, tenendo conto delle indicazioni fornite dall'ORpA, sentito il Comitato Aziendale, producono un rapporto sulla spesa farmaceutica, da inviare, per conoscenza, all'ORpA e al Comitato Regionale perché proponga gli eventuali provvedimenti di competenza.

g) Risparmi Di Gestione

L'obiettivo di razionalizzare la spesa è un obbligo da non intendersi come mero adempimento contabile di rispetto formale di tetti di spesa ma anche nell'ottica della tutela della qualità dell'assistenza erogata. Se attraverso programmi gestionali, anche se solo fatti da gruppi di medici (o AFTMG), il fine viene raggiunto in termini reali e duraturi, parte dei risparmi devono essere reinvestiti in azioni finalizzate al potenziamento delle attività della Medicina Generale.

3 ASSISTENZA DOMICILIARE

3.1 PREMESSA

a) Il Medico di Medicina Generale è responsabile della salute dei suoi pazienti: tutti gli atti che comportano un intervento sanitario nei loro confronti devono essere messi a sua disposizione nel più breve tempo possibile allo scopo di perseguire gli obiettivi che il presente accordo e le norme nazionali e regionali si prefiggono. Il MMG, oltre le normali visite effettuate in studio o a domicilio del paziente per eventi acuti, ha la possibilità di attivare istituti che servono per migliorare l'accesso del cittadino-paziente ai servizi sanitari.

Le tipologie e le forme di assistenza domiciliare sono attualmente quelle previste nella delibera della Giunta Regionale N 51/49 del 20.12.2007, così come rimodulate nei commi successivi 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6.

Le A.S. provvedono annualmente alla programmazione delle cure domiciliari integrate e di quelle Programmate nei confronti dei pazienti fragili sentite le OO.SS.

3.2 CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE (CDP)

Le CDP vengono erogate dai MMG nel rispetto delle disposizioni di cui all'**Allegato U** dell'ACN. Il medico formula la proposta, motivandola ai sensi delle norme richiamate, indicando frequenza degli accessi e durata prevista del programma, e la invia all'Azienda per l'approvazione, trascorsi 15 giorni dalla presentazione senza che l'Azienda eccepisca, la domanda deve intendersi accolta. Per ogni accesso è corrisposto un compenso pari a € 22. Il tetto massimo remunerabile per questo istituto, è fissato al 22 % del compenso mensile lordo complessivo di tutte le competenze dovute al medico al momento dell'attivazione del programma di assistenza, escluse le somme dovute per prestazione di cui al presente articolo. Non sono dovute ripetizioni di somme eccedenti il 22% in caso di riduzione dei compensi mensili.

3.3 CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)

La funzione del PUA e delle UVT è contemplata nella delib. n. 7/5 del 21.2.2006 e 51/49 del 20.12.2007.

a) Il Punto Unico di Accesso (PUA) è la struttura che si prende in carico la richiesta delle necessità assistenziali del paziente e ad esso possono accedere tutti coloro che ne hanno interesse. Nel caso in cui la segnalazione del bisogno sia effettuata da una figura diversa dal MMG il PUA dovrà trasmetterla tempestivamente a quest'ultimo per la corretta identificazione del bisogno. Il PUA attiva l'Unità di Valutazione territoriale (UVT) composta come da norma.

b) L'UVT è l'organismo che esamina il paziente nei suoi bisogni assistenziali e si avvale regolarmente del MMG del paziente, valuta i bisogni e redige il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e ne stabilisce il percorso assistenziale per tutte quelle forme di CDI previste (CDI, RSA e progetto regionale "Ritornare a casa").

c) Il MMG è componente di diritto dell'UVT e in tale veste partecipa alla valutazione multidimensionale del paziente e alla redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Nessun paziente può essere valutato senza che il proprio MMG ne sia informato, questi comunque (come da delib di G. Reg. 7/5 2006) può rinunciare alla presenza nell'UVT compilando la idonea certificazione per la valutazione.

d) Il PAI è l'elemento fondamentale per la presa in carico e la gestione del paziente da parte del MMG. In quanto responsabile dal punto di vista professionale del paziente il MMG deve dividerlo e in esso devono essere compresi tutti quegli aspetti che lo caratterizzano il caso in oggetto.

e) A ogni attivazione o riattivazione delle cure domiciliari integrate per ogni paziente il MMG è remunerato con un compenso omnicomprensivo di 85 euro e ogni accesso effettuato nei confronti dell'assistito con 22 euro.

f) Il MMG per l'attivazione dell'UVT redige l'**Allegato T** (nessuna altra scheda o valutazione è richiesta al MMG, se non la compilazione della cartella clinica e della modulistica necessaria per la gestione del caso).

g) L'ufficio distrettuale delle CDI comunica ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) l'elenco aggiornato degli assistiti inseriti in programmi di cure domiciliari e il loro livello ed eventualmente rende evidenti i casi più critici. Il MCA qualora prestasse la sua opera ad uno di questi pazienti è tenuto a compilare la cartella clinica.

h) Le CDI di cui all'art 53 comma 1 lett a) dell'ACN vengono organizzate secondo gli indirizzi emanati dall'Assessorato Regionale alla Sanità e erogate secondo le disposizioni contenute nell'allegato H dell'ACN.

i) Oltre alle patologie richiamate dall'allegato citato possono essere individuati quali soggetti bisognosi di CDI anche coloro che risultano affetti da:

- Malattie oncologiche
- AIDS
- Malattie cardiorespiratorie scompensate

l) Le CDI vengono individuate in tre tipologie sulla base dei bisogni e della complessità del caso in (come da normativa vigente):

- CDI di primo livello
- CDI di secondo livello

- CDI di terzo livello: sono preferibilmente rivolte ai malati terminali, o con malattie degenerative/progressive in fase avanzata, ai malati cronici complicati, o con necessità di nutrizione parenterale o di supporto ventilatorio invasivo.

m) Le CDI di terzo livello possono comportare interventi programmati sette giorni su sette e in alcuni casi anche la pronta disponibilità medica 24 ore su 24. In questi casi deve essere previsto l'intervento anche del MCA che, per ogni accesso effettuato, ha diritto a un compenso onnicomprensivo pari a quello erogato al medico di assistenza primaria. Tale compenso è riconosciuto al MCA anche nei casi in cui l'accesso è effettuato in modo non programmato in orario notturno e nei giorni prefestivi e festivi.

In questi casi il dirigente medico responsabile del servizio convoca il coordinatore del punto guardia interessato per fornirgli informazioni sul caso e sugli interventi richiesti. Il MCA deve integrarsi e definire gli interventi con il MMG, che resta comunque il responsabile del paziente.

3.4 FORME SPERIMENTALI DI PRESA IN CARICO O ALTERNATIVE AL RICOVERO.

a) Le Aziende possono prevedere di sperimentare modelli che portino al superamento della remunerazione ad accesso per lo svolgimento delle CDI. La sperimentazione deve privilegiare la presa in carico secondo obiettivi che permettano una diversa, ma più corretta ed esaustiva gestione del paziente, in cui non l'accesso ma la vicinanza del MMG e del MCA e dell'azienda stessa determinino il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La formulazione del modello avviene nel distretto e deve essere poi ratificata dal comitato aziendale.

b) La Regione può prevedere di sperimentare forme alternative al ricovero ospedaliero nelle quali il MMG possa essere coinvolto attivamente come le forme di ricovero diurno, o di degenza in strutture specificatamente dedicate come nella riconversione dei piccoli ospedali oppure nella ospedalizzazione domiciliare o nelle unità di cure primarie. Ognuno di questi progetti deve essere oggetto di trattativa regionale separata e condivisa da tutti gli attori.

3.5 CURE DOMICILIARI NELLE RESIDENZE PROTETTE (CDR)

Le attività, le modalità organizzative ed i compensi correlati alle CDR son definiti nell'**Allegato S**.

Nelle more dell'attivazione dell'assistenza residenziale devono essere utilizzate, qualora ne ricorrano le condizioni, le altre forme di Cure domiciliari previste.

L'assistenza di cui al presente articolo non è erogabile nelle RSA di cui alla deliberazione della GR n. 25/6 del 13 giugno 2006.

3.6 ASSISTENZA DOMICILIARE TEMPORANEA PER ACUTI (ADTA)

a) Al fine di contenere i ricoveri ospedalieri per particolari malattie acute, è previsto l'istituto dell'assistenza domiciliare temporanea per acuti (ADTA). L'istituto è rivolto agli assistiti che presentano quadri clinici acuti per i quali è più appropriata l'assistenza da parte

del medico di medicina generale attraverso accessi programmati a domicilio, l'esecuzione di prestazioni specialistiche ed infermieristiche da questi richiesti, la somministrazione di trattamenti terapeutici e il monitoraggio della loro efficacia.

b) L'assistenza domiciliare temporanea per acuti è attivata dal MMG, il quale è tenuto a comunicare alla A.S. entro 24 ore dall'avvio (anche per telefono o fax o mail), gli elementi informativi minimi di attivazione:

1. Anagrafica dell'assistito
2. Quadro clinico
3. Durata del programma e probabile frequenza degli accessi

c) L'ADTA non è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Azienda Sanitaria.

d) La durata è limitata ad un massimo di tre settimane, e gli accessi non possono essere superiori a sei per settimana. Nella scheda sanitaria **allegato Q** sono documentati il quadro clinico, la sua evoluzione, gli accertamenti effettuati, la terapia e il monitoraggio e gli esiti per ciascun accesso. Al termine del programma copia di detta scheda è trasmessa all'Azienda.

e) Le patologie per le quali il programma può essere attivato sono tra quelle ad elevato rischio di ospedalizzazione:

- Infezioni acute e gravi dell'apparato respiratorio, con l'esclusione delle sindromi influenzali.

f) La A.S., nell'ambito del comitato aziendale, può eventualmente individuare ulteriori patologie, che siano responsabili di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza.

g) Al MMG è corrisposto un compenso onnicomprensivo di 22 euro per accesso. I compensi vengono liquidati entro 30 giorni dal termine del programma, previa presentazione da parte del MMG o dell'MCA della documentazione di cui ai commi precedenti.

4. LAVORO IN RETE

La Regione mette a disposizione del MMG alcuni istituti, allo scopo di migliorare il rapporto con i cittadini e la qualità dei servizi offerti, che prevedono l'adesione volontaria.

Sono confermate le autorizzazioni già rilasciate per l'attivazione di istituti previsti in precedenti Accordi Regionali e Nazionali, salvo adeguamento alle nuove normative.

4.1 DISPONIBILITÀ TELEFONICA

a) Per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere alle esigenze degli assistiti e del SSR, per attuare una vera continuità assistenziale e nell'intento di ridurre il numero degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, la Regione conferma l'istituto della disponibilità telefonica.

La disponibilità telefonica deve essere garantita per otto ore giornaliere, comprensive degli orari di studio nei giorni feriali, dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle 19, ad esclusione degli orari di servizio della CA. Nei giorni prefestivi e il sabato la disponibilità è garantita dalle ore 8 alle ore 10.

b) Il MMG comunica mediante affissione nella sala d'attesa di cartelli indicanti le modalità di erogazione del servizio e il numero di telefono dedicato. Le Aziende Sanitarie devono verificare che il servizio venga erogato correttamente.

c) Il MMG che aderisce riceve 3,5 euro a quota capitaria annuale, suddivisa in quote mensili.

d) La disponibilità economica è fornita da un fondo apposito in grado di coprire le spese necessarie perché il servizio sia offerto nella ragione del 76% degli assistiti. Per l'attivazione i MMG presentano domanda alla Azienda Sanitaria, che entro 15 giorni dal ricevimento, invia la richiesta al Comitato Regionale per la valutazione della consistenza del fondo. Il Comitato entro 30 giorni dal ricevimento deve esprimere il proprio parere (accettazione, diniego o sospensione) e comunicarlo alla Azienda che nei 15 giorni successivi lo formalizza al MMG. In caso di parere positivo l'indennità è corrisposta a partire dalla data della richiesta. Sono fatte salve le disponibilità già in atto.

4.2 INDENNITÀ DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

a) La corresponsione dell'indennità informatica prevista dall'art. 59 lett. B) dell'ACN è incrementata, attingendo da un fondo costituito ad hoc per la quota eccedente, a 100 euro mensili (indennità forfettaria mensile) per ciascun medico partecipante.

b) La soglia del 70 % della stampa informatizzata, come da norma vigente, costituisce requisito minimo per la ricezione dell'indennità. La stampa del Codice Fiscale è obbligatoria. Sono fatte salve le disponibilità già in atto.

4.3 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

a) Le parti sono a conoscenza e convengono che il fascicolo sanitario elettronico e il Sistema Informativo Regionale sono dei processi ineludibili per la crescita del sistema sanitario regionale e per la razionalizzazione delle risorse e la tutela del cittadino.

b) L'utilizzo delle nuove procedure informatiche da parte dei MMG e dei MCA non deve determinare un aggravio del lavoro attuale né tantomeno un rallentamento della rapidità di corresponsione delle cure. Per questo motivo l'adozione di un sistema informatico regionale per la gestione della MG deve essere preceduta, previa un'analisi condivisa con gli attori del sistema, da un accordo regionale ad hoc.

c) La Regione concorda con le OO.SS. firmatarie dell'AIR le modalità e le risorse necessarie per l'attivazione tanto della fase sperimentale quanto di quella attuativa.

4.4 ASSOCIAZIONISMO MEDICO.

a) I medici che intendano costituire una forma associativa devono presentare istanza alla Azienda Sanitaria di competenza, la quale provvede entro 15 giorni alla trasmissione all'ufficio competente della Regione, che, verificato il rispetto delle percentuali di riferimento, si esprime entro 30 giorni dal ricevimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Trascorsi quarantacinque giorni dalla presentazione della richiesta, qualora il diniego non sia motivato per carenza di fondi, la domanda si intende accolta. E' compito dell'Azienda Sanitaria procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall'art. 54 dell'ACN.

b) Ogni variazione inerente l'associazione deve essere comunicata entro 15 giorni all'Azienda Sanitaria Locale e all'Ordine dei Medici. E' consentito l'ingresso nell'associazione di altri medici (rispettando le norme che la regolano):

- In sostituzione di quelli dimissionari.
 - Se la consistenza numerica dei pazienti assistiti è inferiore alla precedente, la variazione viene accettata, senza controllo regionale.
 - Nel caso in cui il medico subentrante determini un aumento della consistenza degli assistiti rispetto alla precedente composizione, l' Azienda deve verificare presso il Comitato Regionale il rispetto delle percentuali di riferimento, entro i termini di cui sopra.
- In aumento a quelli già presenti.
 - Per i medici che chiedono l'ingresso nella associazione già costituita si applica il comma a).

Qualora il numero dei membri si riduca al di sotto di tre, trascorsi tre mesi dall'evento, l'associazione decade.

c) Le percentuali da riservare alle forme associative previste dall'art. 54, comma 6, dell'ACN, sono modificate nella misura seguente:

1. medicina in associazione: la Regione Sardegna intende mantenere attualmente una quota di associazionismo, già compreso nei precedenti AIR per una quota del 36% degli assistiti in campo regionale, erogando un'indennità capitaria annua pari a euro 2,58;
2. medicina in rete: per tale forma associativa viene mantenuta una percentuale pari al 21% degli assistiti in campo regionale, con un'indennità capitaria annua pari a euro 5,20;
3. medicina in gruppo: la Regione Sardegna riserva a questa forma associativa una percentuale pari al 23% degli assistiti in campo regionale, erogando un'indennità capitaria annua pari a euro 7,50;
4. collaboratore di studio: la percentuale prevista è pari al 27%, con indennità capitaria annua pari a euro 5,00;
5. infermieri di studio: la percentuale prevista è pari al 2%, con un'indennità capitaria annua pari a euro 5,00;
6. oltre alle forme associative di cui all'articolo 54, comma 6, dell'ACN, è possibile costituire ai sensi del presente articolo, anche forme associative miste gruppo-rete. Tale forma associativa è caratterizzata dai seguenti requisiti:

I. numero di medici associati non inferiore a 4, di cui almeno 2 in forma gruppo;

II. ai medici si applicano le condizioni previste dal presente articolo per la corrispondente appartenenza alla forma di associazione (ai medici in gruppo i requisiti di cui ai commi c)3, ai medici in rete i requisiti di cui ai commi c)2 del presente articolo;

III. a ciascun medico è applicato il trattamento economico corrispondente ai propri requisiti associativi;

IV. è demandato al comitato aziendale ex art. 23 ACN la possibilità che le forme associative di rete o miste di gruppo-rete siano svolte da medici operanti in ambiti territoriali contigui, anche appartenente ad Aziende Sanitarie differenti.

V. in riferimento a quanto previsto dall'art. 54, comma 4, lettera s) dell'ACN, l'eventuale parere negativo sull'atto costitutivo deve essere motivato per iscritto dal Direttore Generale dell'Azienda.

7. Annualmente, il Comitato Regionale di cui all'art. 24 del ACN effettua una verifica sulla spesa e sull'adeguatezza del fondo a riparto di cui all'art. 46 dell'ACN. Le percentuali di cui alla lettera c) del comma precedente sono confermate, ove non vengano superate, anche per gli anni successivi. Le parti si impegnano a riconsiderare tali percentuali, nell'ipotesi che vengano superate, entro novanta giorni.

8. La popolazione assistita deve essere informata sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, attraverso:

I. affissione secondo modalità da concordarsi con la A.S., in ogni studio medico, di una apposita comunicazione, al fine di garantire ai cittadini una corretta informazione sull'accessibilità agli studi di ciascun medico associato;

II. distribuzione agli assistiti di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, secondo un modello concordato a livello aziendale.

9. Sono fatte salve le associazioni già in atto.

5 PROCEDURE DI RACCORDO OSPEDALE TERRITORIO

Le parti concordano che solamente la conoscenza da parte di tutti gli attori del Sistema Sanità, di tutte le regole, delle linee guida, dei protocolli condivisi possa determinare la soddisfazione delle esigenze prioritarie dei cittadini allo scopo di:

- a) migliorare i percorsi di assistenza;
- b) diminuire i costi a carico del SSN in rapporto al risultato ottenuto.

5.1 LISTE D'ATTESA

La diminuzione delle liste d'attesa attualmente è uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR. La Regione intende migliorare la situazione attuale, chiedendo ai MMG l'adozione di percorsi diagnostici condivisi con le altre figure professionali. La Regione, con l'adozione del CUP regionale, ha cercato di risolvere una parte del problema. Ma solamente oculate modalità prescrittive possono migliorare il sistema. Compito dell'ORpA è quello di individuare appropriate modalità prescrittive ed identificare i codici di priorità di erogazione delle prestazioni.

L'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, costituisce tavoli tecnici a cui partecipano tutte le figure interessate, divisi anche per specialità, per la predisposizione di protocolli e l'individuazione di priorità di accesso nonché di specifici strumenti di monitoraggio.

Inoltre esamina prioritariamente le liste d'attesa sottoposte a verifica per la valutazione della qualità del SSN e invia i dati al Comitato Regionale.

La Regione impartisce disposizioni sulle responsabilità dirette dei prescrittori in merito alla compilazione delle ricette e per quanto previsto dalle norme sulla Tessera Sanitaria (art. 50 della legge 326/2003).

Qualora la Regione intenda coinvolgere anche i MMG per le prenotazioni tramite WEBCUP il progetto sarà oggetto di ulteriore contrattazione.

5.2 RICETTARIO

La prescrizione con il modulario del SSN, sia essa per la dispensazione dei farmaci, che per la diagnostica e per i ricoveri, determina oggi una notevole conflittualità tra i cittadini e i medici che operano in struttura ed i medici convenzionati. Le parti concordano che le norme, poco conosciute e spesso disattese, devono essere condivise da tutto il personale medico sia che operi in ambiente ospedaliero o in ambiente convenzionato. La Regione si impegna a redigere un codice normativo sulla ricettazione, a diffonderlo e a farlo rispettare, nonché a far sottoscrivere a tutti i medici, al momento della consegna dei ricettari, un documento attestante la conoscenza delle regole della corretta ricettazione. Le Aziende organizzano corsi di formazione ad hoc per gli operatori amministrativi. Per le prestazioni di diagnostica si ribadisce la mancanza di termini di scadenza della ricetta.

5.3 APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

Il ricovero ospedaliero deve rispondere a criteri di appropriatezza relativamente al quadro clinico, alla patologia, agli obiettivi terapeutici prefissi. I MMG inviano i pazienti da sottoporre a ricovero tramite richiesta, motivata, e corredata di scheda di accesso.

Il medico ospedaliero, prima della dimissione, deve valutare, come da norma, unitamente ai funzionari dei servizi sociali del comune di residenza, la possibilità del rientro a casa per i pazienti fragili, di concerto con il MMG.

Le dimissioni non possono essere effettuate nei giorni in cui il paziente non ha la possibilità di essere tempestivamente preso in carico dal proprio medico. In caso contrario la struttura che dimette deve fornire la terapia adeguata.

Le Aziende valutano in appositi tavoli di discussione ospedale-territorio, le modalità operative di appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni, con particolare riferimento ai ricoveri impropri e alle dimissioni intempestive.

5.4 DH (Day Hospital)

La delibera regionale istitutiva del DH e delle norme che lo regolano, impone il rilascio di una richiesta al paziente con indicazione della tipologia di DH. Il medico rilascia la ricetta per un DH previo ritiro della certificazione di quanto sopra richiamato. Per i DH a scopo terapeutico il rilascio della ricetta viene inteso come una presa in carico da parte della struttura per tutto l'anno solare.

5.5 Comunicazione ospedale-MMG

L'Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità, entro quindici giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, istituisce un tavolo tecnico, composto da un direttore di presidio, un MMG, un rappresentante dell'Assessorato per la predisposizione, entro trenta giorni, di un protocollo che statuisca modalità, tempi e spazi certi per la comunicazione tra ospedale e MMG.

6. FORMAZIONE

6.1 FORMAZIONE DEI MMG E MCA E EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (EST)

La Regione istituisce la Commissione Tecnica per la Formazione della Medicina Generale (CTFMG) secondo *Allegato P*

La CTFMG si raccorda con la Commissione Regionale per la Formazione (CRF).

La CTFMG ha il compito di indicare gli interventi formativi annuali, predisporre i modelli integrati in collaborazione con gli specialisti, gli ordini, le università, le aziende, le società scientifiche specifiche e la scuola di formazione in MG e la ricerca in Medicina Generale.

Individua per l'anno tutte quelle attività che possono dare crediti formativi e predisporre gli atti conseguenti.

Individua per l'anno successivo gli argomenti oggetto degli eventi formativi riguardanti la MG, la MCA e l'EST.

Valuta le proposte ed esprime un parere sugli eventi, informandone la CRF.

Verifica l'attuazione del programma di formazione e, al termine di ogni anno, esprime un parere in merito.

Le Aziende nell'ambito del percorso di formazione e aggiornamento obbligatorio organizzano corsi di BLS-D, da tenersi a cura dei medici dell'EST, con retraining annuale indirizzati a MMG e CA.

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, la CTFMG viene insediata e predisporre quale primo atto il regolamento per la formazione di:

- Albo Regionale degli animatori di formazione
- Albo Regionale dei docenti della scuola di formazione di MG
- Albo Regionale dei tutor di Medicina Generale
- Albo Regionale dei tutor per l'Esame di Stato
- Albo Regionale dei Ricercatori di Medicina Generale

7. ALTRE PRESTAZIONI E ATTIVITA'

Il presente accordo individua nuove funzioni e modifica alcune attività previste dall'ACN.

7.1 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (PIP)

Le PIP eseguibili dai MMG sono quelle elencate nell'ACN.

Le parti convengono che, ai fini di ridurre gli accessi ai Pronto Soccorso per prestazioni eseguibili dai MMG e dai MCA, sulle seguenti modifiche del nomenclatore tariffario dell'ACN:

a) Tabella A dell'allegato D dell'ACN (per le voci richiamate)

1. Prima medicazione:	euro 15,00
2. Sutura di ferita superficiale:	euro 10,00
3. Cateterismo uretrale nell'uomo:	euro 12,00
4. Cateterismo uretrale nella donna:	euro 5,00
5. Fleboclisi (unica eseguibile in urgenza):	euro 15,00
6. Successive medicazioni:	euro 7,50
7. Rimozione punti di sutura e medicazione:	euro 15,00

8. Iniezione di gammaglobulina o Vaccinazione antitetanica:	euro 7,00
10. Rimozione tappo di cerume:	euro 10,00
11. Iniezione di sostanze chemioterapiche:	euro 10,00
12. Incisione e drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo comprensivo della prima medicazione:	euro 25,00
13. Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo comprensivo di prima medicazione:	euro 30,00
14. Occasionale rilevazione dei valori glicemici su prelievo capillare:	euro 2,50
15. Occasionale esame urine senza sedimento (combur test):	euro 2,50

Le prestazioni di cui al punto a)14 e a)15 non sono tariffabili per i pazienti inseriti nel progetto diabete.

Le PIP oggetto di questo accordo non richiedono autorizzazione preventiva.

I MMG che hanno in carico pazienti al di sotto dei 14 anni possono effettuare le Prestazioni Aggiuntive previste dall' Accordo Regionale dei Pediatri di Libera Scelta di cui al punto 5 comma 6:

"Allo scopo di promuovere l'attività fisico sportiva dei minori, le certificazioni per attività sportive non agonistiche diverse da quelle indicate nell'allegato H dell'ACN effettuate gratuitamente dal PLS, sono remunerate quali prestazioni di particolare impegno professionale (PIP) nella misura di € 21. Gli oneri relativi sono a carico del Fondo per le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 14 comma 2 lettera e) nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna Azienda."

7.2 MAGGIORE MORBILITÀ

L'MMG rappresenta il presidio territoriale più avanzato nella prevenzione, screening e trattamento terapeutico delle epidemie influenzali e loro complicanze. Il periodo di maggiore impegno è compreso tra Novembre ed Aprile, in cui statisticamente si riscontra la maggiore incidenza di infezioni da virus influenzale e di patologie respiratorie ad eziologia infettiva.

La Regione riconosce il ruolo dei MMG e dispone la corresponsione di una indennità annuale su base capitaria di 0,50 euro per assistito da retribuire in dodicesimi, mensilmente con le quote capitarie spettanti. La Regione, per epidemie che determinino una richiesta straordinaria di interventi da parte dei MMG, può, compatibilmente con la disponibilità di risorse, concordare con i rappresentanti dei MMG e le strutture di prevenzione regionali e Aziendali, un piano che coinvolga operativamente la rete dei MMG per la messa in opera delle misure necessarie.

Per le campagne vaccinali la Regione, sentito il Comitato Regionale, predispone le linee guida e i progetti da attuare in tutte le Aziende Sanitarie.

7.3 ESERCIZIO DIRITTO DI SCIOPERO

a) I MMG che aderiscono allo sciopero garantiscono comunque (comma 3 art. 31 ACN) le prestazioni di:

- visite domiciliari urgenti
- CDI

- CDP
- CDR
- ADTA

La trattenuta del compenso spettante corrisponde al 50% degli emolumenti dovuti.

b) Le prestazioni richiamate al comma a (comma 7 art. 31 ACN) e tutte quelle erogate in regime di urgenza e documentate sono corrisposte al 100%.

Le Aziende sanitarie concordano con le OO.SS. le modalità di svolgimento dello sciopero per tutte le parti che sottoscrivono il presente Accordo.

7.4 DIRITTI SINDACALI

a) Ai medici che partecipano ai Comitati Regionali e Commissioni regionali istituite dall' ACN o dall'AIR, da normative regionali o nazionali vengono corrisposti 120 euro a seduta più le spese di viaggio calcolate ai sensi delle norme vigenti nella pubblica amministrazione (PA).

b) Ai medici partecipanti a Comitati o Commissioni aziendali o distrettuali, previste dall' ACN, AIR, è rimborsata la somma di 100 euro lorde più le spese di viaggio calcolate ai sensi delle norme vigenti nella Pubblica Amministrazione.

c) Ogni Organizzazione Sindacale comunica alle Aziende Sanitarie le modalità di corresponsione e quietanza delle ore di distacco sindacale spettanti ai delegati.

8. CONTRATTAZIONE, RAPPORTO OTTIMALE E SCELTA

8.1 RAPPORTO OTTIMALE IN ASSISTENZA PRIMARIA E ZONE DISAGIATE

a) La copertura degli ambiti territoriali carenti dei medici convenzionati per l'Assistenza Primaria è fondamentale per una corretta gestione del Territorio.

b) Secondo quanto stabilito dall' ACN le Aziende Sanitarie devono, due volte l'anno, valutare gli ambiti territoriali carenti e, ottenuta l'approvazione del Comitato Aziendale, inviare la delibera al Comitato Regionale per l'approvazione definitiva.

c) Nel predisporre la valutazione le Aziende devono per ciascun ambito territoriale tenere conto di: variazioni demografiche, presenza di piccoli comuni o frazioni, condizioni geomorfologiche particolari e dell'organizzazione territoriale.

d) Il rapporto ottimale su tutto il territorio regionale è di norma di un medico ogni 1000 residenti o frazione di 1000 superiore a 500. In alcuni ambiti territoriali le Aziende, sentito il Comitato Aziendale, possono applicare il rapporto di uno a 1200 sulla base delle valutazioni di cui al precedente comma.

Qualora invece si applichi il rapporto 1 a 1000 e nell'ambito territoriale risultino operanti medici con meno di 350 scelte, il Comitato Aziendale, considerate le situazioni oggettive territoriali, può, motivandolo adeguatamente per quell'anno, diminuire il numero dei medici negli ambiti carenti. Il provvedimento dovrà essere trasmesso al Comitato Regionale per l'approvazione definitiva.

e) Le zone disagiate e disagiatissime vengono identificate dall'Azienda Sanitaria in accordo con il Comitato Aziendale sulla base di almeno quattro dei seguenti criteri:

- condizioni geomorfologiche del territorio

- viabilità critica
- inadeguatezza della rete di trasporto pubblico
- distanza chilometrica eccessiva tra comuni sede di cure primarie e zona disagiata
- dispersione degli insediamenti abitativi (oltre il 20% degli abitanti residenti in case sparse).

f) Le Aziende inviano al Comitato Regionale la proposta di riconoscimento o di conferma di zona disagiata o disagiatissima.

Il Comitato Regionale, esamina le proposte, individua le zone e propone l'eventuale compenso aggiuntivo, da erogarsi a quota capitaria, da riconoscere al medico, che non può essere superiore a 6 euro per le zone disagiate e a 10 euro per quelle disagiatissime. Le competenze vengono corrisposte per un anno a partire da gennaio e reiterate, previo esperimento delle procedure dianzi citate.

Il riconoscimento è relativo ai soli nuclei abitativi individuati e non si applica a tutto l'ambito territoriale.

8.2 SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA

Le Aziende Sanitarie devono redigere elenchi dedicati per gli assistiti che hanno effettuato una scelta provvisoria (extracomunitari, soggiorni di studio e di lavoro) e comunicare agli interessati l'avvenuta decadenza della scelta.

La Regione si impegna a normare esaurientemente l'iscrizione e le revoche d'ufficio dei cittadini extracomunitari con il permesso di soggiorno e in attesa di rinnovo.

Le Aziende che hanno effettuato la revoca d'ufficio ai sensi delle norme vigenti, devono predisporre gli elenchi, aggiornarli mensilmente e nel caso di errore, riattribuirli automaticamente con il riconoscimento dalla data di revoca.

I cittadini che perdono l'assistenza del MMG per effetto di norme (es. trasferimento, servizio militare, scadenza permesso soggiorno) devono essere avvertiti entro 30 giorni per poter esercitare i loro diritti.

Qualora l'Azienda comunichi al medico massimalista la revoca oltre novanta giorni dopo l'evento, le quote eccedenti (i novanta giorni) non possono essere richieste.

Qualora l'Azienda comunichi al medico la revoca oltre 12 mesi dall'evento, la stessa deve adeguatamente motivare l'errore e concordare la ripetizione delle somme eccedenti l'annualità.

8.3 ASSISTENZA AI TURISTI

a) La Regione individua, entro il 31 maggio, sulla base di specifici indicatori, le località a forte flusso turistico nelle quali garantire un servizio organizzato di assistenza sanitaria di base destinato alla popolazione non residente in quell'ambito territoriale e definisce, sentito il Comitato Regionale le modalità organizzative per assicurare il pagamento delle prestazioni da parte dei cittadini.

b) Le Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio si trovano le località di cui al comma a), organizzano il servizio, di norma, attraverso l'istituzione di appositi punti di guardia turistica mediante l'assegnazione di incarichi temporanei ai medici inseriti nelle graduatorie aziendali.

c) Le prestazioni erogate dai medici di guardia turistica sono remunerate secondo quanto previsto dall'articolo 72 dell'ACN e tali prestazioni sono soggette alla partecipazione al costo del servizio da parte dell'utenza (la Regione Sardegna fornirà di volta in volta i moduli e il conto corrente utilizzabile dal cittadino).

d) Le prestazioni dei medici di continuità assistenziale inseriti nell'ambito territoriale in cui insiste una località ad alto flusso turistico nella quale è stato istituito un punto di guardia turistica, erogate a favore di utenti non residenti nello specifico ambito, sono soggette alla medesima partecipazione al costo prevista dalle disposizioni regionali per le prestazioni erogate dalla guardia turistica (con le stesse procedure) e vengono retribuite al medico erogante direttamente dalla Azienda.

e) Le Aziende Sanitarie Locali devono, avvalendosi di mezzi opportuni, informare l'utenza sull'ubicazione dei punti di erogazione del servizio, sulle modalità di fruizione e sui costi. Le prestazioni erogate dai medici di assistenza primaria sono remunerate dagli utenti sulla base del disposto di cui all'articolo 57 dell'ACN. Le prestazioni erogate dai medici di continuità assistenziale agli utenti non residenti nell'ambito territoriale in cui insiste una delle località di cui al comma a) sono remunerate dall'Azienda sulla base del disposto di cui all'articolo 57 dell'ACN.

8.4 PROCEDURE SULLA FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

La regione predispone una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dall'ACN al fine di snellire il procedimento amministrativo e abbreviare i tempi necessari per la sua formazione (comma 1 art. 15 ACN).

8.5 RISERVE DI ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI

Per l'assegnazione, a tempo indeterminato, degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale rilevati secondo le procedure stabilite nell'ACN, fatto salvo il disposto di cui agli articoli 34, comma 2, lettera a), e 63, comma 2, lettera a), del medesimo ACN, sono fissate le seguenti percentuali di riserva:

1) 60% in favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D. Lgs. n. 368/99 e di cui al D. Lgs. n. 277/2003;

2) 40% in favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

8.6 CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Il presente accordo regionale disciplina la materia della contrattazione aziendale. A tal fine per armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale, gli accordi dovranno essere ispirati ai seguenti criteri generali:

1) La contrattazione aziendale è riservata alle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo regionale.

2) Lo strumento tecnico della contrattazione aziendale è il comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN.

- 3) Sono ammesse sperimentazioni sulle materie espressamente previste dal presenta accordo regionale.
- 4) Le sperimentazioni non espressamente previste possono essere autorizzate dalla Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN.
- 5) Sono destinati alle Aziende Sanitarie per il finanziamento delle sperimentazioni cliniche, gestionali e organizzative previste dalla contrattazione aziendale i finanziamenti previsti nei fondi dell'Accordo Integrativo Regionale riportato nell'**allegato X**, e di cui all'art. 10.2, ripartite secondo il criterio oggettivo del numero dei residenti (vedi tabella quote).
- 6) Sia la parte pubblica aziendale, o due delle sigle sindacali aventi diritto alla stipula dell'accordo aziendale, possono richiedere l'intervento del comitato regionale. Il Comitato Regionale si esprime entro trenta giorni dalla richiesta e il suo parere è vincolante.

8.7 ASSISTENZA TEMPORANEA

L'iscrizione temporanea negli elenchi di una A.S. può essere concessa in favore di cittadini non residenti per un periodo minimo di tre mesi e per un massimo di un anno (rinnovabile su richiesta dell'interessato) o per tutta la durata del contratto di lavoro o del corso universitario o di studi o di corso professionale o per motivi di salute, per le seguenti condizioni:

1) LAVORO iscrizione temporanea (estensibile ai familiari) per tutta la durata del contratto di lavoro.

Documentazione: certificato del datore di lavoro o autocertificazione.

2) STUDIO.

Certificazione: certificato di frequenza (o autocertificazione) indicante la durata del corso.

3) SALUTE.

Documentazione: certificato medico che attesti le patologie ed il motivo per cui si consiglia di soggiornare in una determinata località.

4) OSPITALITA' presso un proprio familiare.

Documentazione: autocertificazione in cui è indicato il grado di parentela.

5) MINORI in AFFIDO

Documentazione: autocertificazione.

Oltre la documentazione specifica per ciascuno dei motivi sopraelencati, dovranno essere prodotti i seguenti documenti:

- codice fiscale o tessera sanitaria
- domanda di iscrizione temporanea

9. AGGREGAZIONI E INTEGRAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE AZIENDALE.

Le AFTMG sono il primo momento di integrazione professionale dei MMG di quel territorio in cui possono esprimersi per una migliore realizzazione delle finalità richieste del proprio ruolo.

L'UCP (Unità di Cure Primarie) è un' aggregazione strutturale che rappresenta il livello più alto di programmazione regionale nell'assistenza territoriale multidisciplinare nel quale il SSR si fa carico di tutti i bisogni della persona.

In questo accordo le UCP non vengono trattate in quanto ogni singola espressione di associazionismo complesso necessita di trattazione regionale separata successiva alle attivazioni delle AFTMG.

9.1 AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DELLA MG (AFTMG)

Le AFTMG sono il primo momento di aggregazione funzionale dei MMG operanti in quel territorio. I compiti e funzioni sono previsti dall'articolo 26 bis dell'ACN.

a) Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo il Comitato Aziendale individua le aggregazioni funzionali territoriali dei MMG con le OO.SS. firmatarie, sulla base dei seguenti criteri:

1) il riferimento territoriale, di norma è costituito dal distretto, qualora la popolazione assistita superi i 30000 abitanti il riferimento diventano gli ambiti territoriali che possono essere aggregati se il numero di medici è inferiore a 20 (inclusi i titolari di quota oraria).

2) In caso di ambiti territoriali in cui il numero di abitanti sia superiore a 30000 o operino più di 20 medici (inclusi i titolari di quota oraria), gli stessi possono essere frazionati in aggregazioni funzionali al territorio in cui sono inserite.

Il provvedimento di individuazione è inviato al Comitato Regionale per la ratifica.

Il limite di 30000 abitanti deve intendersi come indicativo.

b) Nell'ambito dell'aggregazione viene individuato dal Comitato Aziendale un delegato tra i MMG, di norma operante nel distretto di appartenenza, con almeno dieci anni di anzianità professionale nella Medicina Generale, con funzioni di Referente della AFTMG. Il Referente dura in carica due anni, rinnovabili una sola volta, esplica funzioni di raccordo funzionale e professionale usufruendo degli indispensabili supporti organizzativi, scientifici e di risorse umane messi a disposizione dall'Azienda e si coordina con il medico di medicina generale facente parte dell'ufficio di coordinamento del distretto (Referente di Distretto).

Le AFTMG si riuniscono di norma ogni quattro mesi e ogni qualvolta sia ritenuto necessario dall'Azienda o dal Referente.

L'impegno orario richiesto per lo svolgimento delle attività di cui sopra è definito di norma in un'ora settimanale. Tale funzione viene retribuita in modo forfettario, ed è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione al massimale.

9.2 PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ IL REFERENTE DI DISTRETTO

La Regione si impegna ai sensi dell'art 25 dell'ACN a porre in atto gli strumenti, richiamati dal comma 1 e seguenti, che consentano ai distretti autonomia gestionale ed economico-finanziaria per il perseguimento degli obiettivi programmatici.

L'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali (UCD) è integrato, in qualità di membro di diritto, da un Medico di Medicina Generale con funzioni di Referente di Distretto.

Il Referente di Distretto è scelto dal Direttore Generale della A.S. da una terna di nomi indicati dal Comitato regionale ex art 24 quale espressione delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, con incarico fiduciario, di durata compresa tra uno e tre anni, per un massimo di sei anni consecutivi. L'incarico si configura come collaborazione professionale senza vincolo di subordinazione e, di norma, comporta un impegno pari a tre ore settimanali. La funzione è retribuita forfettariamente con un compenso orario così come stabilito dall'articolo 9.4, è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione al massimale.

Il Referente di distretto (RD) deve essere esperto nelle problematiche della Medicina generale e avere una anzianità nella medicina generale di almeno dieci anni.

Svolge funzione di consulente tecnico su tutte le attività della Medicina Generale, così come richiamate nell'art 25 dell' ACN .

Inoltre coordina l'attività delle AFTMG attraverso i Referenti delle stesse per il raggiungimento degli obiettivi richiamati dal comma 6 dell'Art 26 bis dell'ACN.

9.3 REFERENTE DI AZIENDA SANITARIA

E' istituito la funzione di Referente di Azienda Sanitaria della MG.

Il Referente Aziendale è scelto dal Direttore Generale tra i Referenti di Distretto, con incarico fiduciario, di durata compresa tra uno e tre anni, per un massimo di sei anni consecutivi. Svolge funzioni di affiancamento e consulenza presso il Direttore Generale. Partecipa di diritto al Comitato Aziendale, senza diritto di voto, esprimendo pareri sulle attività inerenti al ruolo della MG, per il miglioramento della gestione delle cure primarie.

L'incarico si configura come collaborazione professionale senza vincolo di subordinazione, di norma comporta un impegno pari a tre ore settimanali, aggiuntive a quelle di Referente di Distretto, a cui potranno aggiungersi ulteriori ore sulla base delle esigenze dell'Azienda. La funzione è retribuita forfettariamente con un compenso orario così come stabilito dall'art 9.4, è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione al massimale. Sono inoltre riconosciute le spese di viaggio sostenute dalla propria residenza, secondo le modalità previste per la Pubblica Amministrazione.

Inoltre coordina le attività dei Referenti di Distretto per il raggiungimento degli obiettivi richiamati dal comma 6 dell'art. 26 bis dell'ACN.

9.4 RETRIBUZIONE

Ai Referenti di cui agli art 9.1 pertanto è riconosciuta forfettariamente un'ora settimanale, al referente di cui all'art. 9.2 sono riconosciute forfettariamente tre ore settimanali, mentre al referente di cui all'art 9.3 sono riconosciute forfettariamente ulteriori due ore settimanali, oltre quelle di cui all'art 9.2 .

Il valore orario è di 40 euro, al netto delle trattenute enpam, e il pagamento avviene il mese successivo alla prestazione.

10. RISORSE FINANZIARIE

10.1 FINANZIAMENTO DELL'AIR

Ai sensi dell'art 46 dell'ACN, il fondo regionale a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti a incentivazione è costituito: (*Allegato X*)

- dalle risorse di cui all'art. 59 lett.B) comma 1 dell'ACN, integrato così come previsto dal comma 3 dello stesso articolo;
- dalle risorse di cui all'art. 59 lett.B) comma 2 dell'ACN, definite nei precedenti AIR per integrare i tetti previsti nel DPR 270/2000;
- dalle risorse di cui all'art. 59 lettera B) comma 15 dell'ACN per l'attuazione dei programmi finalizzati al governo clinico;
- dalle risorse di cui all'art. 59 lettera B) comma 15 dell'ACN non utilizzate nell'anno solare precedente;
- dalle risorse integrative regionali di cui all'art. 59 lettera D) dell'ACN;
- dalle risorse di cui all'art. 59 lettera A) comma 4 e seguenti dell'ACN.

10.2 FONDI E COMPENSI

Ai sensi di quanto enunciato dagli artt. 8 e 59 dell'ACN il compenso dei MMG oggetto del presente AIR è determinato per il perseguimento degli obiettivi evidenziati.

- a) Le risorse così come individuate nel precedente articolo vengono ripartite per alimentare i fondi distinti (*Allegato X*) aventi differenti fini e modalità di erogazione:
- (1) Fondo per il mantenimento degli standards organizzativi di studio e la promozione delle forme associative.
 - (2) Fondo per la promozione del governo clinico e qualità dell'assistenza.
 - (3) Fondo per la partecipazione al programma di valutazione e gestione del rischio cardiovascolare.
 - (4) Fondo per la partecipazione al programma di valutazione del rischio renale.
 - (5) Fondo per la promozione dell'assistenza integrata del paziente diabetico.
 - (6) Fondo per il mantenimento della disponibilità telefonica.
 - (7) Fondo destinato ai programmi di contrattazione aziendale.
 - (8) Fondo per la ponderazione di A.S.art 59 lettA comma 5.
 - (9) Fondo per l'incentivazione della continuità assistenziale.
 - (10) Fondo per l'incentivazione dell'emergenza territoriale.
- b) Il fondo di cui al punto a)(1) è utilizzato per corrispondere i compensi forfettari ai MMG che svolgono l'attività di cui all'art 4.4 di codesto accordo. Il Comitato Regionale valuta mensilmente le richieste di attivazione, inviate dalle Aziende Sanitarie, per verificare la consistenza del fondo. Qualora le disponibilità di un fondo risultino insufficienti, il Comitato Regionale, in applicazione del comma B.10

dell'art.59 dell'ACN, può disporre la compensazione qualora vi siano somme disponibili in altri fondi.

- c) Il fondo di cui al punto a)(2) è costituito ai sensi del comma B art. 59 ACN e fa riferimento alla quota capitaria di 3,08 euro e alla popolazione assistita. Viene suddiviso per Azienda Sanitaria ed è soggetto a monitoraggio annuale ai sensi del presente accordo.
- d) I fondi di cui ai punti a)(3), a)(4), a)(5) sono utilizzati per la realizzazione dei progetti indicati e nel periodo successivo alla prima attivazione sono gestiti secondo le modalità del fondo di cui al punto b)(1).
- e) Il fondo di cui al punto a)(6), già attivato con gli AIR precedenti viene così aumentato e gestito in Comitato Regionale ai sensi di quanto disposto per il fondo a)(1).
- f) Il fondo di cui al punto a)(7) è ripartito, sulla base della popolazione residente, alle aziende per la costituzione di fondi per sperimentazioni cliniche, gestionali e organizzative previste dalla contrattazione aziendale e per le attività di aggregazione di cui all'art 9 e segg.
- g) Il fondo di cui al punto a)(8), così come disposto dall' art. 59 comma A.4 e segg. dell'ACN è costituito in ogni Azienda calcolando 3,08 euro per quota capitaria, ed è incrementato con le quote derivanti dagli assegni ad personam non corrisposti per cessazione del rapporto convenzionale dei MMG, a partire dal 1.1.2005.
- h) I fondi di cui al punto a)(9) e a)(10) vengono costituiti e ripartiti alle Aziende per l'incentivazione della continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, con le modalità previste dal presente accordo.

10.3 FONDO DI PONDERAZIONE.

- a) Il fondo di cui al punto a)(8) e lettera g) dell'art. 10.2 dell'AIR per la quota parte eccedente i 3,08 euro della quota capitaria, viene quantificato all'inizio di ogni anno in ogni A.S., con gli assegni ad personam dei medici di MG che hanno cessato il rapporto convenzionale a partire dal 1.1.2005.
- b) Tale fondo viene suddiviso tra i medici di MG titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato dell'Azienda Sanitaria, suddividendolo per quota capitaria per pazienti assistiti.
- c) La corresponsione avviene mensilmente.
- d) In fase di prima applicazione le Aziende calcolano gli importi arretrati relativi al periodo compreso tra l'1.1.2005 e il 31.12.2009 per liquidarli una tantum entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.

10.4 GESTIONE

Per soddisfare una corretta gestione dei fondi come sopra descritti, le Aziende Sanitarie inviano i flussi informativi relativi allo stato di impiego con cadenza trimestrale, in modo da consentire alla Regione e al Comitato Regionale l'adozione degli eventuali correttivi, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi del presente Accordo.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

11. FONDO PER L'INCENTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. Ogni Azienda Sanitaria costituisce il Fondo aziendale per l'incentivazione delle attività di continuità assistenziale, nei limiti delle risorse integrative individuate dal presente Accordo.
2. Il fondo è pari a € 2.772.035.
3. Le Aziende assicurano, con le risorse di cui al comma 2 del presente articolo, i seguenti compensi per:
 - a) L'incentivazione delle attività di integrazione con la medicina primaria e con il sistema di emergenza territoriale definita in € 2,07 per ora di attività, (art. 21, comma 3, del presente accordo).
 - b) Il Progetto obiettivo *Valorizzazione del ruolo del MCA nel sistema delle cure primarie* (art. 18, comma 1, del presente accordo) € 193.051,00.
 - c) Le funzioni di coordinamento distrettuale del servizio (art. 18, comma 2, del presente accordo) € 82.400,00.
 - d) L'incentivazione correlata alla reperibilità (art. 20, comma 9, del presente accordo).
 - e) La maggiorazione per i turni in occasione di particolari festività (art. 21, comma 2, del presente accordo) +€ 24.549,00
 - f) la copertura assicurativa integrativa del mezzo di trasporto (art. 22, commi 1 e 2, del presente accordo).

12. CRITERI GENERALI

1. Per garantire la massima efficienza della rete territoriale e l'integrazione con quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al cittadino, possono essere attivati, nell'ambito di Accordi aziendali, meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di continuità assistenziale e quello di emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della medicina di famiglia. I medici di continuità assistenziale, previo aggiornamento e formazione specifica, potranno essere integrati in punti di assistenza territoriale, ad attività H24, anche con l'obiettivo di realizzare una apposita rete sul territorio in grado di dare una prima e qualificata risposta, anche ambulatoriale, all'urgenza, riducendo i tempi di intervento e svolgendo una funzione di filtro (triage) in integrazione con le Centrali operative 118. In ogni caso il sistema non sarà sostitutivo del servizio 118.

13. ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

1. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e, nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

14. RAPPORTO OTTIMALE

1. In deroga a quanto previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, dell'ACN del 29/07/2009 ed in considerazione delle caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative regionali, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è individuato dal rapporto ottimale di 1 medico ogni 3500 abitanti residenti, ovvero dal numero complessivo su base regionale dei medici addetti al servizio in rapporto al totale della popolazione residente.
2. Per specifici ambiti territoriali, da definire in sede di Comitato ex articolo dell'ACN, il parametro di cui al comma 1, può variare, in diminuzione o in aumento.
3. Sono comunque confermati l'attuale monte ore destinato dalle dotazioni organiche aziendali al servizio e il numero di postazioni in essere.
4. Nell'ambito degli Accordi Aziendali devono essere definiti i criteri di mobilità intraaziendale al fine di poter procedere ai trasferimenti interni, prima di attivare le procedure per l'attribuzione degli incarichi ai sensi dell'art. 63, comma 1, dell'ACN.

15. MASSIMALI

1. Ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali e/o in progetti assistenziali ad essa correlati, definiti nell'ambito del presente Accordo e negli Accordi Aziendali, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne, collegate anche con prestazioni aggiuntive, che non concorrono alla determinazione del massimale orario.
2. Il raggiungimento del massimale orario di 24 ore in un'unica sede potrà essere consentito solo a condizione che il medico sia già titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa sede.
4. Anche nel caso di organizzazione del servizio in punti di soccorso territoriale ad attività H24, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriale.
5. Le Aziende possono attribuire ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato, a garanzia della continuità del servizio, ore di attività eccedenti l'orario settimanale di incarico, escluse le ore di cui al comma 2 dell'articolo 65 dell'ACN, 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.

16. COMPITI DEL MEDICO

1. Laddove le postazioni di Continuità Assistenziale siano ubicate in prossimità di Unità di Pronto Soccorso, possono essere realizzate, sulla base delle determinazioni degli Accordi aziendali, forme di collaborazione da parte dei Medici di Continuità Assistenziale per le prestazioni codificate come "codici bianchi" gestite nei pronto soccorso, da svolgersi in locali idonei, distinti da quelli del PS.
2. E' compito del medico di continuità assistenziale integrare le proprie attività con quelle del MMG e del Distretto, in coerenza con il Programma delle attività territoriali, anche

avvalendosi degli strumenti di comunicazione messi a disposizione dall'Azienda (utilizzo di strumenti informatici e di software integrato - MEDIR, ecc.).

3. Il medico è tenuto a partecipare, sulla scorta dei progetti aziendali, alle attività di cure primarie del territorio. A tal fine il medico di CA presta la propria opera anche in CDI, RSA, Hospice, Ospedale di Comunità e altri luoghi di erogazione in cui sia necessario garantire continuità di assistenza primaria. In generale la sua attività potrà essere svolta non solo negli orari istituzionalmente previsti, ma anche nei giorni feriali in attività diurna in accordo ed integrazione con i MMG.

4. Il medico partecipa, inoltre, alle attività formative e alle altre attività del Distretto Socio Sanitario.

5. Ove siano attivate le forme organizzative delle cure primarie (AFT e UCCP) l'attività del medico potrà essere svolta anche nei giorni feriali, in attività diurna ed in accordo e integrazione con i MMG.

6. Nell'ambito dei propri compiti di istituto, i medici di CA si impegnano a garantire nei confronti dei pazienti assistiti nei programmi di CDI, ADP e ADTA la necessaria continuità assistenziale in collegamento ed integrazione con il medico di assistenza primaria, 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 in CDI e ADTA, anche non programmato, sono quelli previsti dal presente AIR ai rispettivi articoli.

7. Il ricorso, da parte della Centrale Operativa del 118, ai medici di continuità assistenziale è regolamentato da un protocollo che prevede meccanismi di operatività sinergica tra i due servizi. Tale protocollo è concordato in sede di Comitato regionale entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo. Non è comunque consentito l'utilizzo dei medici di CA per lo svolgimento di attività proprie del servizio 118.

8. E' demandata al Comitato Regionale la definizione delle linee guida regionali.

9. In relazione al quadro clinico prospettato dal paziente, il medico effettua gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di linee guida nazionali o regionali. In particolari situazioni di necessità e, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire oltre alle PIP di cui all'Allegato D dell'ACN, anche le prestazioni ambulatoriali definite all'art. 7.1 del presente Accordo, al fine di evitare anche accessi inappropriati al PS. Nell'ambito delle attività delle forme organizzative delle cure primarie possono essere sperimentate forme di triage per realizzare risposte di continuità assistenziale maggiormente appropriate.

10. Ai sensi dell' art. 18, comma 5, il periodo di ristoro psicofisico è equiparato, per il medico convenzionato di continuità assistenziale, a 104 ore annue (da considerarsi come frazioni indivisibili di 10 e/o 12 ore).

11. Sulla base del disposto dell'art. 32 dell'ACN, la continuità dell'assistenza ai cittadini non residenti nelle località a forte flusso turistico è organizzata secondo quanto previsto all'art. 8.3 del presente Accordo.

12. Per garantire la copertura dei turni di servizio nei punti di Guardia turistica, le Aziende Sanitarie, qualora sia necessario, possono impiegare medici di CA già incaricati. In tal caso il medico può raggiungere il completamento orario di 38 ore settimanali, comprensivo delle 24 derivanti dall'incarico di CA.

13. Le prestazioni dei medici di continuità assistenziale, erogate a favore di utenti non residenti nella azienda, sono soggette alla medesima partecipazione al costo prevista dalle disposizioni regionali per le prestazioni erogate dalla guardia turistica, con le stesse procedure e vengono retribuite al medico erogante direttamente dalla AS decurtate del 20%.
14. Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente ai medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali.
15. Con gli accordi regionali e aziendali sono individuati gli ulteriori compiti e le modalità partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività previste nelle forme organizzative delle cure primarie (aggregazioni funzionali territoriali e UCCP).
16. I Medici di CA dovranno applicare le regole in tema di rispetto della normativa sulla privacy, concordate con l'Azienda di appartenenza ed in essa adottate.

17. COMPETENZE DELLE AZIENDE

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio, sulla base del protocollo dell'Allegato **W**.
2. Le Aziende Sanitarie possono integrare gli standard previsti nell'Allegato **W** del presente accordo con determinazioni concordate con le OO.SS..
3. Nell'ambito degli Accordi regionali, sono definite le competenze delle Aziende in caso di attivazione della continuità assistenziale nell'ambito delle forme organizzative delle cure primarie.
4. Le Aziende, oltre agli adempimenti di legge previsti dal D.Lgs. 81/2008, garantiscono i requisiti di sicurezza delle sedi:
 1. Ambulatori adeguatamente attrezzati.
 2. Locali per il riposo e la sosta dei medici. Questi ultimi devono essere in ragione di un locale per ogni medico in turno, ciascuno dotato dell'arredo necessario per il riposo nei tempi di inattività, con servizi igienici ad uso esclusivo del medico in servizio. E' inoltre assicurata la pulizia giornaliera dei locali.
 3. Impianto di allarme con sirena esterna azionabile mediante telecomando (uno per medico in turno), collegato con le centrali delle forze dell'ordine.
 4. Videocitofono o citofono e sistema di videosorveglianza nelle sedi a maggior rischio.
 5. Telefono/fax dotato di identificativo di chiamata con idoneo sistema di registrazione delle chiamate su supporto magnetico o digitale.
 6. Telefoni cellulari di servizio privi di blocco.
 7. Porta di accesso alla sede blindata o comunque in grado di resistere a tentativi di intrusione e vetri antisfondamento.

8. Vigilanza armata nelle sedi.

5. Qualora gli automezzi di servizio siano forniti dall'Azienda dovranno essere dotati di airbag, sistema antibloccaggio delle ruote (ABS). Vanno sempre assicurati il rifornimento e la manutenzione.

6. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, l'Assessorato provvederà all'emanazione della "Carta dei servizi della Continuità Assistenziale" redatta in accordo con il Comitato Regionale, strumento attraverso il quale le Aziende portano a conoscenza dell'utente modi e tempi di utilizzo del servizio.

Gli elementi minimi in esso contenuti dovranno essere:

- orari di servizio e destinatari
- modalità di accesso e di eventuale compartecipazione alla spesa nei casi previsti
- compiti del medico
- prestazioni non di competenza del medico in servizio
- eventuali alternative al servizio di continuità assistenziale.

18. RAPPORTI CON IL MEDICO DI FIDUCIA E LE STRUTTURE SANITARIE

1. Al fine di assicurare la continuità dell'assistenza ed un efficace integrazione delle professionalità operanti nel territorio, nonché per valorizzare il ruolo del medico di CA, è attivato in tutte le Aziende Sanitarie il Progetto obiettivo di cui all'Allegato Y.

2. In ogni sede del servizio di continuità assistenziale è prevista l'individuazione di un coordinatore fra gli stessi medici incaricati a tempo indeterminato in accordo col comitato aziendale di cui all'ex-art. 23 dell'ACN, il quale deve mantenere i rapporti col responsabile del Distretto; controllare la permanente disponibilità dei farmaci e materiale sanitario nonché l'efficienza della strumentazione; proporre azioni per il miglioramento del servizio. Tale incarico avrà durata di norma trimestrale (bimestrale nei punti guardia in cui il numero dei medici titolari è superiore a 4) e viene svolta a turno dai medici titolari della sede di continuità assistenziale ed è retribuito con € 80,00 mensili.

19. SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI.

1. Al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURAS della graduatoria regionale annuale definitiva, i medici interessati a ricoprire incarichi provvisori, di sostituzione nonché di reperibilità domiciliare, inviano alle singole aziende comunicazione di disponibilità.

2. Le Aziende nella scelta dei medici a cui attribuire gli incarichi di cui al precedente comma e, ad integrazione di quanto previsto dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5 dell'ACN, devono utilizzare i seguenti criteri:

- a) l'incarico deve essere conferito secondo l'ordine della graduatoria regionale vigente di settore con priorità per i medici residenti nell'Azienda;
- b) in caso di indisponibilità dei medici di cui alla lettera a), l'incarico deve essere conferito, con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda, ai medici non ancora inseriti in graduatoria regionale e che abbiano

acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo 256/91 successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria stessa;

- c) in caso di ulteriore indisponibilità dei medici di cui alle lettere a) e b), con priorità per i residenti nel territorio della Azienda, l'incarico deve essere conferito a coloro che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non siano iscritti alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

3. Ai fini dell'attribuzione degli incarichi ai medici di cui alle lettere b) e c), le Aziende predispongono graduatorie aziendali, aggiornate semestralmente entro il 30 giugno e il 31 dicembre, con le istanze pervenute oltre i termini di cui al comma 2, attribuendo ai criteri previsti dalla norma transitoria 4 e dalla norma finale 5 dell'ACN i seguenti punteggi:

- voto di laurea 110/110 e 110/110 con lode: punti 1;
- voto da 105 a 109/110: 0,50;
- voto da 100 a 104/110: 0,30;
- per ogni anno di anzianità di laurea: punti 1.

A parità di punteggio prevale la minore età al momento della laurea; per l'anzianità di laurea il periodo minimo valutabile è il mese (le frazioni di mese verranno valutate soltanto se superiori ai 15 giorni).

20. REPERIBILITÀ

1. I turni di reperibilità dei giorni festivi e prefestivi sono due a prescindere dall'articolazione del turno attivo.

2. Nei festivi e prefestivi, il medico in turno attivo smontante può essere reperibile per il turno successivo.

3. Per ogni sede di continuità assistenziale i medici in turno di reperibilità saranno in numero pari alla metà dei medici in guardia attiva. Nelle postazioni ove il numero di medici in servizio attivo sia coincidente con l'unità è da prevedersi sempre una unità reperibile.

4. Nei casi in cui la Continuità Assistenziale è attivata in orario extracontrattuale (es. per aggiornamento dei MMG, dei Pediatri di libera scelta), le fasce orarie della reperibilità vengono adeguate di conseguenza. L'attivazione deve essere comunicata al medico interessato almeno venti giorni prima.

5. L'attivazione del medico reperibile da parte del titolare del turno deve essere comunicata all'Azienda entro il primo giorno utile della sostituzione.

6. 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 novanta giorni.

7. Allo scopo di completare l'orario eventualmente non coperto dai medici di cui al comma 2 dell'articolo 19, le Aziende possono attribuire i turni di reperibilità nell'ordine a:

- a) medici presenti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 15 comma 12, 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 dell'ACN;
- c) i medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN, con priorità per quelli residenti nell'Azienda.

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. Per ciascun turno di reperibilità sono corrisposti euro 15,00.

21. TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Su tutti i compensi di cui al presente Accordo, l'Azienda versa il contributo previdenziale, con le modalità previste all'art. 72, comma 3, dell'ACN 29.07.2009.

2. Al medico che effettua il servizio di continuità assistenziale nei turni sotto riportati viene riconosciuto un compenso aggiuntivo forfetario di € 60,00 con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente accordo nel BURAS:

1° gennaio:	ore 8.00 - ore 20.00
6 gennaio:	ore 8.00 - ore 20.00
Pasqua:	ore 8.00 - ore 20.00 ore 20.00 - ore 8.00
Lunedì dell'Angelo:	ore 8.00 - ore 20.00
25 aprile:	ore 8.00 - ore 20.00
1° maggio	ore 8.00 - ore 20.00
15 agosto:	ore 8.00 - ore 20.00 ore 20.00 - ore 8.00
24 dicembre:	ore 20.00 - ore 8.00
25 dicembre:	ore 8.00 - ore 20.00 ore 20.00 - ore 8.00
26 dicembre:	ore 8.00 - ore 20.00
31 dicembre:	ore 20.00 - ore 8.00

3. Al medico di continuità assistenziale è riconosciuta un'indennità aggiuntiva per l'integrazione con i servizi di medicina primaria e di emergenza territoriale, pari a € 2,07/ora. Tale indennità è corrisposta quale compenso forfetario per:

- a. Utilizzo di strumenti di comunicazione informatica messi a disposizione dall'Azienda nell'ambito dei progetti di prenotazione delle prestazioni e contenimento delle liste d'attesa, dei progetti di condivisione e strutturazione delle informazioni sanitarie (MEDIR).
- b. Attivazione del medico da parte della centrale operativa 118 e/o impegno dello stesso a bordo dei mezzi di soccorso per garantire il trasferimento protetto degli assistiti che necessitano di ricovero.

- c. Per il maggior impegno assistenziale profuso nei mesi tra Novembre ed Aprile dovuto alla maggiore morbilità per le patologie epidemiche e non.

22 ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI

1. Qualora l'ASL richieda al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato da parte dell'Azienda (polizza Kasko), per incidenti subiti durante l'espletamento dell'attività, in occasione dell'accesso alla sede di servizio e, alla fine del turno, alla propria abitazione. L'assicurazione contro i rischi deve prevedere la copertura di tutte le attività, comprese quelle aggiuntive derivanti dagli accordi regionali e aziendali.
2. 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 CA che utilizzi 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.
3. In caso di grave inidoneità psico-fisica specifica del medico allo svolgimento dei compiti di cui al presente capo, le Aziende possono ricollocare il medico, che mantiene l'inquadramento contrattuale in essere, in altra articolazione organizzativa o in altra struttura distrettuale per attività compatibili con il suo stato di salute. La visita per l'accertamento dello stato di inidoneità viene effettuata, su richiesta del Comitato Aziendale ex art. 23 dell'ACN, dalla Commissione medico-legale Aziendale, ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera f, dell'ACN.
4. Il ricollocamento del medico di cui al comma 3, verrà concordato tra la Direzione Aziendale e il medico interessato, compatibilmente con il livello di idoneità lavorativa riconosciuta e la residenza anagrafica, sentito il parere del Comitato aziendale.
5. Le Aziende Sanitarie garantiscono un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i medici di CA 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.
6. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.

23. FORMAZIONE CONTINUA

1. L'Azienda Sanitaria secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 8, dell'ACN, organizza corsi di aggiornamento specifici e dedicati per i medici di CA fino al 70% del credito ECM e comunque non inferiori alle 40 ore annue dando priorità ad argomenti specifici della continuità assistenziale (BLS-D, ACLS, Trauma base, Medicina legale, ADI ecc).
2. La partecipazione ai corsi è obbligatoria ed è retribuita come attività oraria di servizio al netto delle indennità regionali.

ALLEGATI

PROCEDURE DI GESTIONE DELLA MEDICINA DI INIZIATIVA .

Premessa

I progetti relativi alla Medicina d'iniziativa hanno durata, di norma, triennale.

PROGETTO CARDIOVASCOLARE E RENALE

1. Attivazione

Per l'adesione a ciascuna delle procedure i medici devono presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, richiesta scritta, con raccomandata RR, alle Aziende Sanitarie, che provvedono all'istruzione e alla catalogazione in ordine cronologico delle domande pervenute, utilizzando le schede predisposte.

Le Aziende desumono dalla Tabella Quote il numero delle quote eleggibili ai fini del calcolo del numero massimo di medici partecipanti, tenendo conto delle disponibilità del fondo e del numero degli assistiti. Se nel corso dei termini di presentazione le richieste pervenute superassero il numero massimo, il criterio di ammissione sarà quello cronologico. L'Azienda provvede ad informare i medici esclusi.

Entro venti giorni dalla chiusura dei termini, le Aziende Sanitarie inviano i dati, relativi sia ai medici ammessi che a quelli esclusi, al Comitato Regionale.

Il Comitato Regionale può assegnare in via compensativa, e in maniera proporzionale, eventuali quote rimaste libere alle Aziende in cui le richieste siano state superiori alla disponibilità.

Procedura di avvio

L'Azienda Sanitaria deve comunicare l'esito entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali, in carenza di risposta, il medico richiedente può dare corso alle procedure di arruolamento dei pazienti. La corresponsione delle somme ha inizio dal mese successivo all'attivazione.

Nel caso il diniego pervenga oltre i termini di cui al precedente capoverso, sono comunque riconosciute, in dodicesimi dell'importo annuale dovuto per singolo paziente, le quote maturate. Eventuali quote aggiuntive sono assegnate ai medici esclusi basandosi sull'ordine cronologico di presentazione delle richieste.

3. Attività di valutazione

Il processo è basato sulla valutazione annuale delle percentuali di arruolamento dei pazienti, desunte dai reports . Il mancato raggiungimento del target di visite annuali per paziente può comportare la chiusura del progetto ed il recupero delle quote già erogate.

PROGETTO DIABETE

Il Progetto ha la finalità di riaffidare ai MMG la gestione di una parte dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 presenti nella Regione Sardegna, con l'obiettivo primario di incrementare la frequenza dei controlli e dei colloqui che garantisce un miglior controllo della patologia con riduzione dell'incidenza di complicanze, e quello secondario di ridurre il carico assistenziale che grava sui centri diabetologici. I fondi disponibili consentono di attivare programmi di gestione per diecimila pazienti complessivi (cfr Tabella Quote).

1. Attivazione

Per l'adesione i medici devono presentare, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, richiesta scritta, con raccomandata RR, alle Aziende Sanitarie, che provvedono all'istruzione e alla catalogazione delle domande in ordine cronologico.

Le Aziende desumono dalla Tabella Quote il numero delle quote eleggibili ai fini del calcolo del numero massimo di medici partecipanti, tenendo conto delle disponibilità del fondo. Per semplicità di applicazione si assegna: ai medici che hanno fino a 600 scelte una quota pari a dieci pazienti eleggibili, tra 601 e 1100 venti pazienti e con oltre 1101 trenta pazienti. Il richiedente specifica la percentuale di pazienti che intende arruolare rispetto alla quota massima eleggibile e segnala l'eventuale disponibilità ad arruolare ulteriori quote, se nell'ambito ne risultassero di non assegnate (nei limiti del 30% del numero massimo eleggibile per singolo richiedente).

Ai medici che già partecipano al progetto integrato previsto dal precedente AIR è garantito l'accesso al nuovo progetto, con la conferma dei pazienti arruolati, anche in deroga al limite, previa adesione formale, corredata dell'elenco degli assistiti arruolati.

Le Aziende desumono dalla Tabella Quote il numero delle quote eleggibili ai fini del calcolo del numero massimo di medici partecipanti, tenendo conto delle disponibilità del fondo e del numero degli assistiti. Se nel corso del termine di presentazione le richieste pervenute superassero il numero massimo, il criterio di ammissione sarà quello cronologico. L'Azienda provvede ad informare i medici esclusi.

Entro venti giorni dalla chiusura dei termini, le Aziende Sanitarie inviano i dati, relativi sia ai medici ammessi che a quelli esclusi, al Comitato Regionale.

Il Comitato Regionale può assegnare in via compensativa, e in maniera proporzionale, eventuali quote rimaste libere alle Aziende in cui le richieste siano state superiori alla disponibilità per l'attribuzione ai medici esclusi; in caso non ve ne siano, possono incrementare, fino al limite di cui al secondo capoverso del presente articolo, il numero delle quote ai medici che abbiano segnalato la disponibilità.

2. Procedure di avvio

L'Azienda Sanitaria deve comunicare l'esito entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali, in carenza di risposta, il medico richiedente può dare corso alle procedure di arruolamento dei pazienti. Nel caso il diniego pervenga oltre i termini di cui al precedente capoverso, sono comunque riconosciute, in dodicesimi dell'importo annuale dovuto per singolo paziente, le quote maturate. Eventuali quote aggiuntive sono assegnate ai medici

esclusi basandosi sull'ordine cronologico di presentazione delle richieste. La corresponsione delle somme ha inizio dal mese successivo all'attivazione.

I medici inviano il riepilogo contenente il nominativo dei pazienti arruolati e la data dei controlli effettuati. Le procedure di presentazione del riepilogo e le modalità di pagamento sono quelle stabilite rispettivamente nei commi 4 e 8 dell'allegato D dell'ACN.

3. Gestione dei pazienti

Il medico deve comunicare all'azienda gli eventuali abbandoni del programma e può procedere all'eventuale integrazione con altro paziente eleggibile.

4. Attività di valutazione

Il programma prevede controlli seriali per anno solare nel corso dei quali si valutano i parametri così come definiti nelle schede dell'allegato Z3. Gli obiettivi di progetto si considerano raggiunti qualora sia effettuato almeno il 75% del totale delle visite attese per paziente che ammonta a quattro all'anno, intervallate di tre mesi. Nel caso il paziente venga arruolato nel corso dell'anno, il calcolo della percentuale, ai fini del target, va aggiornato in relazione al mese di avvio del progetto.

Per la valutazione dei pazienti che non completano il percorso previsto, il calcolo dell'indicatore di raggiungimento del target si effettua valutando il numero dei controlli in base al tempo di permanenza nel progetto.

Il medico, entro il 31 Gennaio invia le schede di follow-up, copia della scheda 2 e il report 1 Z.3, contenente i nominativi dei pazienti arruolati corredato del numero di visite effettuate.

L'Azienda provvede a verificare le schede di progetto valutando la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di progetto, trattenendo il 25% dell'importo totale per ogni mancato accesso.

5. Procedure di gestione

Le Aziende Sanitarie consegnano ai medici partecipanti al progetto la modulistica per la certificazione del riconoscimento della esenzione per patologia e per la prescrizione dei presidi per diabetici.

Tabella quote

Assistiti	1.463.818,00	10.000	Residenti 2009	40
		DIABETE		CDV/RENE
1	20,09	2.009	294.121	117.648
2	9,14	914	133.808	53.523
3	9,57	957	140.036	56.014
4	3,45	345	50.511	20.204
5	10,10	1.010	147.866	59.146
6	6,21	621	90.885	36.354
7	7,94	794	116.283	46.513
8	33,50	3.350	490.308	196.123
TOTALE	100,00	10.000	1.463.818	585.527

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PREMESSA

Il rischio cardiovascolare globale assoluto è un indicatore che stima la probabilità che si verifichi un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di otto fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale, HDL e trattamento antiipertensivo.

1. IL PUNTEGGIO INDIVIDUALE

Il calcolo del punteggio individuale:

- È valido se i fattori di rischio sono misurati con procedura standardizzata (Progetto Cuore).
- È utilizzabile su donne e uomini di età compresa tra i 35 e 69 anni che non abbiano precedenti cardiovascolari, ma può essere esteso anche a età superiori a quella massima
- Non è utilizzabile in gravidanza.
- Non può essere applicato per P.A. sistolica > 200 mm Hg o < a 90, Colesterolo totale > 320 mg/dl o <130 mg/dl, Colesterolo HDL < 20mg/dl o > 100 mg/dl. I valori degli esami clinici di diabete e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.
- L'esecuzione del calcolo deve essere effettuata ogni 6 mesi per un rischio cardiovascolare elevato (superiore al 20%), ogni anno per persone da tenere sotto controllo attraverso una modifica degli stili di vita (rischio > 3% e < 20%), ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (< 3%).

2. IL PROGETTO

Il programma di valutazione del rischio cardiovascolare promosso dalla Regione Sardegna ha durata triennale, utilizza le linee guida previste dal "progetto cuore" dell'ISS e prevede:

- Arruolamento del 15% dei pazienti eleggibili nel 1° anno, 28% nel 2° anno, 40% nel 3° anno.
- Calcolo del punteggio individuale, applicando l'algoritmo del rischio cardiovascolare (progetto cuore), secondo quanto riportato nell'art. 1.
- Consegna ai soggetti arruolati della scheda sintetica del rischio.
- Applicazione delle linee guida per la gestione dei soggetti risultati a rischio.

3. LA PROCEDURA

Il medico:

- partecipa al programma inviando l'adesione al Distretto di competenza e impegnandosi a seguire le procedure previste dall'art. 2 (scheda 1 Z.1),
- registra il calcolo del punteggio individuale nella scheda paziente,
- entro il 15 Gennaio dell'anno successivo alla valutazione invia al Distretto competente per territorio l'elenco nominativo dei pazienti arruolati e il punteggio individuale calcolato, tramite il Report 1 Z.1 .

Le Aziende Sanitarie sono tenute all'organizzazione di eventi formativi dedicati per i medici che aderiscono al programma.

4. GLI INDICATORI

Il processo di valutazione, finalizzato alla conferma del programma, si basa sulla verifica della percentuale dei pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti eleggibili annualmente che, dai dati sulla composizione media degli assistiti totali dei medici di medicina generale il target dei pazienti eleggibili, ammonta al 56% degli assistiti totali. La percentuale minima dei pazienti da arruolare, in funzione degli assistiti del medico, ammonta a:

1. 8% del totale dei pazienti in carico per il primo anno,
2. 16% per il secondo anno,
3. 25% per il terzo anno.
4. Per gli anni successivi sono previsti incrementi dell' 8%.

(Esempio: un medico con 1000 assistiti il primo anno deve arruolare non meno di 80 pazienti, il secondo anno non meno di 160 e il terzo non meno di 250).

L'Azienda Sanitaria verifica la congruità degli arruolamenti e il loro numero.

Il mancato raggiungimento del target al primo anno comporta un richiamo nei confronti del medico partecipante, se il target previsto non dovesse essere raggiunto neppure al termine dell'anno successivo, il progetto, sentito il medico partecipante, può essere sospeso o cassato.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA S. n.
SERVIZIO MEDICINA DI BASE

Li _____, data _____

Al Responsabile della Medicina di Base
Distretto _____

OGGETTO: ATTIVAZIONE PROGETTO CARDIOVASCOLARE

Il sottoscritto _____ M.M.G. Cod.Reg. _____

Comunica di aderire al progetto richiamato così come definito nell'AIR attualmente in vigore, impegnandosi fin d'ora a seguire le procedure richieste e ad inviare nei tempi stabiliti le schede richieste.

Numero assistiti alla data odierna _____

Reperibilità: telefono _____ cell _____ e-mail _____

Timbro e firma Medico

VALUTAZIONE DEL RISCHIO RENALE

PREMESSA

Il Ministero della Salute, sulla base di evidenze scientifiche incontrovertibili, raccomanda per i pazienti affetti da insufficienza renale lieve, un attento controllo alimentare finalizzato alla diminuzione del consumo medio di sale pro capite e della quantità di proteine assunte giornalmente.

Il progetto si propone di individuare precocemente i pazienti a rischio, attraverso il calcolo della creatinina clearance mediante la formula di Cockcroft e Gault (scheda 1) nei pazienti sopra i cinquant'anni, al fine di instaurare le opportune contromisure; controllo dell'alimentazione e gestione attenta dei farmaci nefrolesivi.

Il risultato ottenuto è trascritto nella cartella clinica e nel report (scheda 2).

2. IL PROGETTO

Il programma promosso dalla Regione Sardegna ha durata triennale, prevede, utilizzando i criteri esposti in premessa, l'arruolamento del 20% dei pazienti eleggibili nel 1° anno, il 30% nel 2° anno, il 50% nel 3° anno, comporta:

- Calcolo della clearance della creatinina con la formula di Cockcroft e Gault
- Applicazione delle linee guida per la gestione dei soggetti a rischio (ipertesi, diabetici, utilizzatori di fans)
- Consegna della scheda del Ministero della Salute sull'alimentazione
- Adeguamento della terapia
- Programmare i controlli e le verifiche per i pazienti con clearance della creatinina al di sotto dei valori normali verifiche
- Invio eventuale allo specialista nefrologo per la gestione integrata

3. LA PROCEDURA

Il medico:

- partecipa al programma inviando l'adesione al Distretto di competenza e impegnandosi a seguire le procedure previste dall'art. 2 (scheda 1 Z.2),
- registra il valore di creatinina clearance ottenuto nella cartella clinica e nel report,
- entro il 15 Gennaio dell'anno successivo alla valutazione invia al Distretto competente per territorio l'elenco nominativo dei pazienti arruolati e i valori individuali calcolati, con la scheda report 1 Z.2 .

Le Aziende Sanitarie sono tenute all'organizzazione di eventi formativi dedicati per i medici che aderiscono al programma

4. GLI INDICATORI

I Il processo di valutazione, finalizzato alla conferma del programma, si basa sulla verifica della percentuale dei pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti eleggibili annualmente. Dai dati sulla composizione media degli assistiti totali dei medici di medicina generale il numero dei pazienti eleggibili ammonta al 44 % degli assistiti totali. La percentuale minima dei pazienti da arruolare, in funzione degli assistiti del medico, ammonta a:

1. 7 % del totale dei pazienti in carico per il primo anno,
2. 14% per il secondo anno,
3. 22% per il terzo anno.
4. Per gli anni successivi sono previsti incrementi dell' 8%.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA S. n.
SERVIZIO MEDICINA DI BASE

Li _____, data _____

Al Responsabile della Medicina di Base
Distretto _____

OGGETTO: ATTIVAZIONE PROGETTO VALUTAZIONE RISCHIO RENALE

Il sottoscritto _____ M.M.G. Cod.Reg. _____

Comunica di aderire al progetto richiamato così come definito nell'AIR attualmente in vigore, impegnandosi fin d'ora a seguire le procedure richieste e ad inviare nei tempi stabiliti le schede richieste.

Numero assistiti alla data odierna _____

Reperibilità: telefono _____ cel _____ e-mail _____

Timbro e firma Medico

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N.
SERVIZIO MEDICINA DI BASE

REPORT ANNUALE PAZIENTI ARRUOLATI E VALUTATI
PROGETTO VALUTAZIONE RISCHIO RENALE

Spett.le Responsabile Medicina di Base
Distretto _____

MEDICO _____

COD.REG

NUM	INIZIALI C.N.	C.F.	DATA NASCITA	DATA VALUTAZIONE	VALORE COCKROFT	NOTE

Si invia per le competenze del caso.

Li _____, _____

Timbro e firma Medico

LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

PREMESSA

Il diabete mellito è considerato un modello di malattia cronica. L'identificazione dei fattori di rischio, unitamente ai progressi delle tecnologie in campo farmacologico e biomedico attualmente consente una prospettiva di vita, per qualità e quantità, impensabile alcuni decenni orsono. Vi è la necessità di nuove forme assistenziali, con integrazione di servizi e di informazioni per la popolazione, stante l'alto costo sociale della patologia e soprattutto delle sue complicanze.

IL RAZIONALE

Il costante incremento della prevalenza della patologia e gli elevati costi connessi con la gestione delle complicanze impongono l'implementazione di strategie finalizzate alla riduzione della morbilità e mortalità correlati alle complicanze e un'accorta razionalizzazione delle risorse, infatti:

- I grandi studi di intervento, sia sul diabete tipo 1 (DCCT), che sul diabete tipo 2 (UKPDS), hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze.
- Evidenze scientifiche concordi dimostrano altresì che la gestione integrata delle complicanze del diabete di tipo II comporta la riduzione della mortalità e del tasso di gravità ad esse connesso.

STRATEGIA

L'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso, la formazione degli operatori sulla malattia diabetica e le sue complicanze nell'ottica di un approccio multidisciplinare integrato, l'identificazione delle persone con diabete da avviare al percorso di gestione integrata, l'acquisizione del consenso informato alla gestione integrata, il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura, la disponibilità di un adeguato sistema informativo per la verifica degli indicatori di efficacia dei processi sono i capisaldi strategici per gli obiettivi di progetto.

I modelli integrati di cura sono finalizzati all'interazione tra le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete e delle loro complicanze e le necessità dei pazienti e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di management della malattia diabetica.

Gli obiettivi a breve ed a lungo termine sono:

- miglioramento del profilo glicemico,
- intensificazione del follow-up del paziente secondo linee guida condivise,
- riduzione del rischio per le complicanze,

- aumento del grado di soddisfazione del paziente,
- miglioramento della qualità di vita del paziente,
- controllo e contenimento dei costi per il SSN.

L'ORGANIZZAZIONE GENERALE

Per realizzare un progetto di gestione integrata del malato diabetico sono necessarie alcune condizioni:

- 1• Coinvolgimento attivo dei medici di famiglia.
- 2• Ripristino del ruolo specialistico dei medici diabetologi.
- 3• Formulazione di un percorso di gestione condiviso basato sulle risorse locali.
- 1• Affinamento e aggiornamento delle competenze degli operatori.
- 2• Adozione di un database comune (obiettivo ottimale).
- 3• Raccolta centralizzata dei dati clinici (consenso informato del paziente) ed economici.
- 4• Valutazione periodica dell'assistenza attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato.
- 5• Analisi dei dati clinici e dei costi.
- 6• Valutazione dei risultati.

La soddisfazione di queste condizioni permetterà di ottenere un:

- 1• Elevato livello di qualità delle prestazioni rese.
- 2• Adeguato livello di appropriatezza delle prestazioni, con riduzione dei tempi di attesa e aumento della fruibilità.
- 3• Maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento del paziente.
- 4• Concreta possibilità della prevenzione secondaria.
- 5• Contenimento dei costi diretti ed indiretti della malattia.

LA SPECIFICITA'

1. Il programma ha durata triennale (rinnovabile) e prevede un tetto di spesa sufficiente per l'arruolamento di 10.000 (diecimila) degli assistiti diabetici di tipo 2 non insulino trattati, anche in assistenza domiciliare. Le Aziende Sanitarie forniscono ai medici i presidi necessari al monitoraggio e valutazione della glicemia in ragione del numero degli assistiti inclusi nel protocollo.

2. Organismo di riferimento della Gestione Integrata dal punto di vista clinico è il Team di Progetto (specialista, MMG, medico dell'Azienda) costituito in ogni Azienda Sanitaria con il compito di:

- Risolvere eventuali criticità nell'attuazione del programma di gestione clinica dei pazienti.
- Organizzare la formazione e l'aggiornamento (MMG e medici del Servizio Diabetologico) finalizzandoli alla Gestione Integrata.

- Ottimizzare i processi di attuazione del programma con specificazione degli strumenti e modalità di comunicazione (e-mail, numeri telefonici di riferimento).
- Diffondere presso i MMG protocolli di gestione delle urgenze e delle forme di diabete ad alto rischio di complicanze.

Il Team di progetto si riunisce di norma con frequenza quadrimestrale.

LE PROCEDURE

La messa in pratica di procedure integrate fra i Medici di Famiglia ed i Servizi Diabetologici è indispensabile per il buon funzionamento del programma.

Il Medico di Famiglia che aderisce al progetto (inviando la scheda 1.Z3) provvede a:

- arruolare i pazienti eleggibili compilando la scheda, (Allegato Z3 scheda 1) controfirmata dal paziente che esercita il consenso;
- inviare mensilmente al Distretto copia delle schede di arruolamento unitamente all'elenco nominativo dei pazienti arruolati, nel corso del mese, nella Gestione Integrata;
- gestire la patologia secondo le linee guida, consegnare al paziente nei giorni di visita la scheda di follow-up (Allegato Z3 scheda 2) debitamente compilata secondo le scadenze da questa previste;
- inviare, quando necessario, l'assistito per consulenza, ovvero per condivisione di dati, al Servizio Diabetologico con copia della scheda di follow-up, previo contatto telefonico;
- trasmettere a fine dell'anno di follow-up al team di progetto copia dell'Allegato Z3 scheda 2
- il Distretto è tenuto a:
 - trasmettere mensilmente ai Servizi Diabetologici competenti l'elenco dei pazienti inseriti nel programma di Gestione Integrata;
 - trasmettere al Team di progetto le schede di arruolamento, con il consenso informato, pervenute nel mese.

Il Medico del Servizio Diabetologico provvederà a:

- Prendere visione della scheda di follow-up periodico in occasione delle visite programmate o richieste per consulenza.
- Compilare il proprio referto con le rilevazioni cliniche.
- Compilare l'Allegato Z3 scheda 3 e trasmetterla, consegnandola al paziente, al Medico di Famiglia.

- Comunicare al paziente eventuali variazioni degli appuntamenti di visita presso il Servizio Diabetologico.
- Contattare il Medico di famiglia (secondo modalità definite dal Team di progetto) ogni volta che lo riterrà necessario.

GLI INDICATORI

I processi di valutazione si distinguono in:

a) valutazione esterna o di sistema: finalizzata alla verifica dell'efficacia del programma regionale; è condotta dall'Azienda Sanitaria e dalla Regione sulla base di indicatori di risultato concordati;

b) valutazione interna o di aderenza: finalizzata al riconoscimento della conferma del programma per i medici partecipanti, è effettuata sulla base di indicatori di processo:

1. indicatori di processo.

Un buon numero di pazienti non si presenta per le verifiche e i controlli programmati presso i Centri Diabetologici. Obiettivo della Gestione Integrata è che i pazienti siano sottoposti ad un numero di controlli ottimale e che nel corso della visita gli vengano fornite le informazioni necessarie per la gestione della patologia.

Pertanto l'indicatore di processo scelto per la valutazione del progetto è il numero di visite effettuate secondo lo schema clinico scelto, che prevede quattro viste all'anno (l'effettuazione di un numero maggiore non viene presa in considerazione per la valutazione), per periodi di arruolamento di durata inferiore, il numero delle visite viene ridotto percentualmente (si usano numeri interi).

Il goal annuale viene comunque raggiunto se la somma ideale delle visite effettuate nell'anno per i pazienti arruolati è superiore al 75% di quelle ideali nelle stesse condizioni di arruolamento.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
 AZIENDA S. n.
 SERVIZIO MEDICINA DI BASE

Li _____, data _____

Al Responsabile della Medicina di Base
 Distretto _____

OGGETTO: ATTIVAZIONE PROGETTO GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

Il sottoscritto _____ M.M.G. Cod.Reg. _____

Comunica di aderire al progetto richiamato così come definito nell'AIR attualmente in vigore, impegnandosi fin d'ora a seguire le procedure richieste e ad inviare nei tempi stabiliti le schede richieste.

Numero assistiti alla data odierna _____

Pertanto la mia quota di pazienti eleggibili risulta di:

dieci venti trenta

Inoltre mi dichiaro disponibile ad incrementare la mia quota qualora si presentasse la disponibilità si

Reperibilità: telefono _____ cel _____ e-mail _____

Timbro e firma Medico

A.S. n
Programma di Gestione Integrata del Diabete

DATA / /

Scheda d'accesso alla G.I.

A- Cognome e Nome	
B - Data di nascita	
C - Comune di nascita	
D - Anno di diagnosi Diabete tipo 2	
1 - data dell'ultimo controllo presso il C.D.	
2 - esito dell'ultimo controllo	
3 - data del primo controllo presso il MMG	
4 - data della prossima valutazione complessiva presso il C.D.	
5 - assenza di complicanze in evoluzione o comunque importanti	
6 - comorbidità e terapie in atto	

Consenso informato

Il Diabete è un disturbo del metabolismo ben curabile ma attualmente non guaribile, richiede una disponibilità di assistenza continua negli anni, influenza ed è influenzato da altri problemi che riguardano la salute. Una Persona con Diabete è seguita pertanto da più Medici, ed in particolare dal Medico di Medicina Generale e dal Diabetologo.

Pertanto i Diabetologi e i Medici di Medicina Generale hanno deciso di coordinare i propri interventi secondo modalità di comportamento concordate e di mettere a disposizione degli assistiti che l'accettano questa nuova organizzazione dell'assistenza, chiamata Gestione Integrata.

Il Medico di Medicina Generale gestirà gli esami periodici riguardanti il controllo del metabolismo e degli elementi associati: alimentazione, peso, attività fisica, pressione arteriosa, altre terapie, e la loro relazione con la vita di tutti i giorni.

Il Diabetologo gestirà gli esami più complessi, orientati soprattutto alla diagnosi precoce e alla cura delle complicanze, e sarà comunque sempre pronto a fornire competenze specialistiche se necessario.

In pratica ciò significa che in genere i controlli del Diabete saranno fatti 2 o 3 volte all'anno presso il Medico di Medicina Generale e una volta all'anno presso il Servizio di Diabetologia.

Per avviare questa nuova organizzazione della assistenza diabetologica abbiamo bisogno che Lei confermi di aver capito quanto proposto e dia il suo assenso con la firma qui sotto:

L'Assistito

Il Medico

Cognome		Nome		Data di nascita	
Epoca di insorgenza del Diabete			CF:		
Terapia in corso (diabetologica e non):					
Altri esami rilevanti eseguiti:					
Problemi aperti:					
		Scheda annuale di follow-up * (minimo accettabile)			
		3 - 4 mesi	6 mesi *	9 mesi	1 anno*
<i>voci in corsivo facoltative</i>		Data:	Data:	Data	Data
Ogni 3 - 4 mesi	Glicemia				
	HbA1c				
	P A sist.				
	P A diast				
	Verifica autocontrollo				
	Rinforzo educativo				
	Altezza				
	Peso				
	BMI				
	<i>Circonferenza vita</i>				
Ogni 6 m.	Ispezione del piede				
	E O Cardiovascolare				
	E O Neurologico				
ogni anno	Emocromo				
	Es. Urine				
	Microalbuminuria				
	Creatininemia				
	<i>Creat. Clear (calcolata)</i>				
	Colesterolo Tot				
	C-HDL				
	C-LDL				
	Trigliceridi				
	ALT/ AST/GGT				
	<i>CPK (se statina)</i>				
	ECG				
	Rischio CV				
Visita Oculistica					
		Timbro e firma	Timbro e firma	Timbro e firma	Timbro e firma

controllo successivo>

Indirizzo del Medico MG
e-mail

Tel.:

Orario di reperibilità :

1. Ai fini di quanto previsto dal comma 2 lettera f) dell'art. 2.2, i medici di medicina generale si impegnano ad azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per i gruppi di farmaci sotto indicati:
 - ATC4; C10AA (statine): con l'obiettivo di prescrivere, per le specifiche indicazioni, principi attivi fuori brevetto per almeno il 40% del numero complessivo delle prescrizioni;
 - ATC4; CO9AA (Ace inibitori): con l'obiettivo di prescrivere per le specifiche indicazioni, principi attivi fuori brevetto per almeno il 40% del numero complessivo delle prescrizioni;
 - ATC4; CO9CA; CO9DA (sartani): con l'obiettivo di limitare l'uso di questi principi attivi, in forma singola o associata, ai casi clinici che presentano specifiche indicazioni terapeutiche, e comunque di contenere le prescrizioni entro il 30% del totale delle confezioni appartenenti al raggruppamento CO9 nel corso del primo anno di validità del presente AIR;
 - ATC4; NO6AB; NO6AX (antidepressivi): con l'obiettivo di prescrivere, per la specifiche indicazioni, principi attivi fuori brevetto per almeno il 50% del numero complessivo delle prescrizioni.

COMPOSIZIONE COMMISSIONE TECNICA PER LA FORMAZIONE .

La Commissione è così composta :

- Un rappresentante per ciascuna società scientifica della medicina generale rappresentata anche a livello nazionale.
- Due componenti indicati dal Comitato Regionale ex art 24 ACN scelti tra i MMG.
- Quattro esperti nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità.
- Un componente nominato dalla federazione regionale degli ordini dei medici, ove costituita, o dal Presidente dell'Ordine dei medici del capoluogo regionale.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA N.
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
 Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Protocollo _____

SCHEDA PROPOSITIVA PER LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Al responsabile C.D.I.

Li _____, data _____

Il sottoscritto _____ (MMG/CA/OSP/SSN) studio/ospedale _____

Reperibile ai numeri telefonici _____ e-mail _____

AVUTO IL CONSENSO DEL PAZIENTE E/O DEI FAMILIARI PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI
 CHIEDE LA

ATTIVAZIONE RIATTIVAZIONE PROPROGA MODIFICA
 DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE PER IL SIG. _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

DOMICILIATO A _____ IN _____ TEL. _____

INV CIV SI NO ESENZIONE PATOLOGIA SI NO Reperibile presso domicilio ospedale o altro _____

Persona di riferimento _____ parentela _____ telefono _____

Affetto da (patologie in atto) _____

in quanto persona non autosufficiente o a rischio di autosufficienza per :

- Persona in condizioni di fragilità con limitazione dell'autonomia parziale o totale
- Persona affetta da demenza o malattia di Alzheimer
- Persona in dimissione programmata da reparto ospedaliero o altra struttura residenziale

- Persona con patologia oncologica e/o in fase terminale
- Persona non autosufficiente affetta da SLA conclamata o epatopatie o HIV in fasi avanzate
- Persona non autosufficiente con disabilità complesse, patologie croniche gravi e/o in particolari condizioni non suscettibili di miglioramenti riabilitativi

necessita delle seguenti prestazioni integrate :

 assistenza infermieristica per tp infusione medicazioni gestione C.V.C. altro _____ assistenza riabilitativa per _____ assistenza specialistica _____ assistente sociale _____cadenza accessi M.M.G ritenuti utili sett. bisett. trisett. altro _____Valutazione della durata : a breve termine a medio termine a lungo termine

Timbro e firma del Medico

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA SANITARIA N.

SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Protocollo _____

SCHEMA PROPOSITIVA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

Al responsabile delle Cure Domiciliari Programmate

Li _____, data _____

Il sottoscritto _____ (MMG/CA/OSP/SSN) studio/ospedale _____

Orario di studio/lavoro _____

Reperibile ai numeri telefonici _____ e-mail _____

AVUTO IL CONSENSO DEL PAZIENTE E/O DEI FAMILIARI PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE
DOMICILIARI
CHIEDE LA

ATTIVAZIONE () RIATTIVAZIONE () PROPROGA () MODIFICA ()

DELLE CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE PER IL SIG. _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

DOMICILIATO A _____ IN _____ TEL. _____

Invalido civile () patologie croniche riconosciute () codici esenzioni _____

Reperibile presso domicilio () o altro () _____

Persona di riferimento _____ parentela _____ telefono _____

Affetto da (patologie in atto) _____

Malattia in fase () acuta () cronica () altro _____

in quanto persona non autosufficiente o a rischio di autosufficienza e con impossibilità all'accesso ai servizi ambulatoriali per :

Programma assistenziale proposto:

Visite programmate M.M.G ()settimanale ()quindicinale ()mensile

Timbro e firma del Medico

Riservato A.S. Protocollo n. _____ del _____

Le Cure Domiciliari nelle Residenze Protette (CDR)

Premessa

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, è una risposta qualificante, efficace e razionale ai bisogni della persona che ha perduto la propria autonomia parzialmente o totalmente.

L'intervento assistenziale del medico di medicina generale nelle case protette e collettività, strutture differenziate, anche dal punto di vista strutturale, della rete socio-assistenziale, si esplica con diversa gradualità di interventi in relazione alle differenti tipologie di pazienti. E' necessaria la piena disponibilità a:

- a) dispiegare l'intervento professionale oltre l'ambito tecnico-sanitario fino alla totale presa in carico delle necessità di salute degli ospiti, sia in termini sociali che umani;
- b) collaborare con gli operatori delle diverse professionalità che assistono gli ospiti, nel rispetto delle specifiche competenze.

Ambito di applicazione

L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, si esplica presso le strutture residenziali, con finalità di assistenza e di servizio sociale, dotate dei requisiti di idoneità stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia di accreditamento.

In particolare si individuano, ai fini delle attività di cui al presente Allegato, le seguenti categorie generali di residenze protette e collettività:

- a) Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sanitaria.
- b) Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale.
- c) Strutture sociali comunitarie.

1. Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sanitaria.

In queste strutture è prevista l'assistenza a pazienti portatori di patologie fortemente invalidanti, con permanenze anche a tempo indeterminato che necessitano di assistenza sanitaria continuativa le cui possibilità di benessere fisico, psichico e sociale è spesso totalmente dipendente da interventi di altre persone. Essi, con diverse sfaccettature, hanno in comune la necessità di interventi complessi e globali: dimissioni protette da strutture ospedaliere, insufficienze respiratorie croniche gravi, malattie degenerative del S.N.C.,

paralisi parziali e totali per esiti di diverse patologie del S.N.C., esiti di gravi fratture con compromissione grave della deambulazione, gravi patologie psichiche.

2. Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale.

A questa tipologia di strutture residenziali afferiscono pazienti definiti genericamente fragili, solitamente si tratta di anziani in condizioni di solitudine, con scarse possibilità di autonomia finanziaria, incapaci di adattarsi alle mutate condizioni di vita, che, anche per lunghi periodi sono ospitati in queste strutture. Solitamente non sono affetti da patologie invalidanti gravi, necessitano di interventi sanitari più di tipo preventivo che terapeutico, finalizzati alla prevenzione della non autosufficienza con l'obiettivo di mantenere il miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alle condizioni di salute psicofisica.

Da qui la priorità in queste strutture di interventi assistenziali di tipo globale, tesi alla determinazione di un ambiente favorevole, percepito positivamente dall'ospite come elemento di protezione e sicurezza capace di contrastare la condizione di fragilità fisica e psichica connessa all'istituzionalizzazione. Ne consegue la necessità di ridurre al minimo il turnover delle figure professionali che si occupano di assistenza, ivi compresa quella di primo livello.

La Residenza Protetta, visti i lunghi periodi di permanenza, viene considerata e vissuta dal paziente come "casa", vicariando quelle caratteristiche di familiarità, calore, intimità e sicurezza che appartengono ad un vissuto familiare o comunque parentale, da cui non potrà essere disgiunta l'assistenza non solo sanitaria fornita dal medico di famiglia.

In queste strutture possono essere ospitati anche pazienti affetti da patologie psichiche croniche recidivanti con una discreta autonomia fisica, che necessitino di periodi di istituzionalizzazione.

3. Strutture sociali comunitarie.

Ad esse afferiscono pazienti in buone condizioni fisiche, psichiche e sociali, che, per loro scelta di vita, hanno deciso di vivere in comunità.

Queste strutture sono spesso situate in località decentrate e lontane dai centri abitati. Inoltre il rispetto di rigide regole di comportamento per gli ospiti impone di fatto l'erogazione delle prestazioni sanitarie sotto forma di cure domiciliari.

Ruolo del medico di medicina generale

Per i pazienti ospiti di strutture di cui ai punti 1 e 2 è prioritario un intervento sanitario unitario e globale, essendo la dimensione affettivo-relazionale indispensabile per le possibilità di recupero fisico psichico e sociale, ben integrato con le altre figure professionali della struttura, che affronti in maniera esaustiva i multiformi bisogni di assistenza sanitaria, promuovendo la costruzione e il mantenimento di un ambiente favorevole al paziente.

In questo contesto il medico di medicina generale svolge un ruolo essenziale: infatti il rapporto privilegiato e fiduciario con il paziente, l'approccio clinico di tipo olistico e relazionale, giustificano l'utilizzo in maniera sistematica di questa figura professionale, sia nelle prestazioni di assistenza primaria, sia come punto di riferimento per percorsi assistenziali aggiuntivi. Non si tratta però di una semplice presa in carico del paziente ricoverato, ma di un'azione inserita all'interno di un'attenta programmazione con metodologie di intervento ben codificate a livello regionale con l'obiettivo prioritario di un miglioramento della qualità delle prestazioni in uno con il contenimento della spesa: le prestazioni effettuate nell'ambito delle cure primarie hanno infatti costi nettamente più bassi, per questo le necessità di programmazione economica e sanitaria porteranno a trasferire alla medicina generale tutte le prestazioni professionali effettuabili in quell'ambito. Sono quindi evidenti i vantaggi, non solo per il SSR, derivanti da un pieno impiego delle potenzialità professionali e operative del medico di famiglia, che unito al massimo supporto operativo alle cure domiciliari quale prevenzione ed alternativa al ricovero ospedaliero che, oltre che determinare una ingiustificata ed inutile spesa aggiuntiva, comporta spesso devastanti conseguenze per la integrità psicofisica dei pazienti anziani.

Articolato

Art. 1 - Strutture assistenziali residenziali.

1. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni aggiuntive assistenziali previste dal presente allegato si individuano differenti tipologie di assistenza, classificabili in relazione agli ospiti che vi afferiscono:

A. Residenze ad elevato o prevalente intervento sanitario.

a. Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa per disabili fisici psichici e sensoriali in regime residenziale (ex art. 26 della legge 833/78).

b. Strutture di assistenza sanitaria diagnostica e riabilitativa in regime residenziale per pazienti in assistenza psichiatrica residua (ex ospedali psichiatrici).

c. Strutture di assistenza residenziale a pazienti anziani non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, ai sensi della normativa vigente.

B. Residenze ad elevato o prevalente intervento assistenziale.

a. Strutture di assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche in regime residenziale.

b. Case di riposo finalizzate all'assistenza di pazienti anziani autosufficienti.

c. Particolari forme di comunità a carattere socio-assistenziale individuate dalla Regione o dalle Aziende.

C. Altre strutture comunitarie non comprese alle precedenti lettere A e B ivi comprese le comunità religiose di clausura e altri istituti similari.

Art. 2 - Obiettivi generali.

1. L'assistenza erogata nelle strutture di cui al precedente Art. 1 del presente Allegato, è finalizzata, attraverso forme di responsabilizzazione del medico di Assistenza Primaria e delle figure professionali proprie della struttura al perseguimento dei seguenti obiettivi:

a) Fornire risposte assistenziali qualitativamente migliori e più appropriate rispetto al ricovero ospedaliero ai pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti

b) Ridurre il numero di ricoveri per patologie acute trattabili a domicilio con conseguente diminuzione dei costi assistenziali.

c) Promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo strategie di comportamento tendenti ad evitare contesti ambientali di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

Art. 3 - Compiti del medico di medicina generale.

1. Per l'espletamento dei propri compiti ed in particolare per il controllo dello stato di salute degli assistiti a lui affidati il medico di Assistenza Primaria garantisce una presenza oraria all'interno della residenza ed inoltre, d'intesa col Responsabile della struttura:

a. cura il coordinamento degli interventi sanitari e l'integrazione tra le figure professionali operanti all'interno della struttura e tiene una cartella clinica fornita dall'Azienda, possibilmente orientata per problemi, sulla quale gli operatori sanitari devono riportare una sintesi esplicita dei loro interventi;

b. attiva le consulenze specialistiche, sia per le prestazioni erogabili all'interno della struttura che per quelle esterne, e coordina e indica i percorsi assistenziali generali aggiuntivi;

c. promuove ed articola strategie di comportamento tese ad eliminare i fattori di rischio capaci di determinare aggravamento delle condizioni di non-autosufficienza o di incidere in modo negativo sulle capacità psicofisiche e sulla autonomia funzionale dei pazienti autosufficienti;

d. esegue annualmente le vaccinazioni previste dal piano assistenziale concordato con l'Azienda, oltre quelle ritenute necessarie per la prevenzione di malattie diffusibili;

e. collabora con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e della Azienda per la raccolta di dati sulle condizioni e sulle necessità degli ospiti di queste strutture anche attraverso strumenti di tipo informatico.

Art. 4 - Organizzazione dell'assistenza.

1. La erogazione dell'assistenza nella strutture di cui all'articolo 1, comma 1 lettera A) del presente Allegato, avviene secondo le seguenti modalità:

a. L'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il medico di Assistenza Primaria e il medico dell'Azienda Sanitaria a ciò preposto, sentito il Responsabile della struttura.

b. L'impegno orario assistenziale viene rapportato a 6 ore settimanali, esclusi il sabato e i giorni festivi, ogni 30 assistiti affidati.

c. Ove il numero di assistiti affidati sia superiore a 30, le ore di presenza settimanale del medico di Assistenza Primaria sono rapportate a 2 ore per ogni dieci ulteriori assistiti, fino a un massimo complessivo di 12 ore settimanali (corrispondenti a 60 assistiti), secondo il seguente schema:

da 31 a 40 assistiti 8 ore settimanali

da 41 a 50 assistiti 10 ore settimanali

da 51 a 60 assistiti 12 ore settimanali

d. Nel caso in cui gli assistiti in carico siano in numero inferiore a 30, l'impegno orario è parametrato secondo il seguente schema:

fino a 9 assistiti 2 ore settimanali

da 10 a 19 assistiti 4 ore settimanali

da 20 a 30 assistiti 6 ore settimanali

e. Il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma su apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenza protetta.

f. Ove nella stessa struttura operino più medici di medicina generale deve essere concordata l'organizzazione del lavoro e le modalità di turnazione nell'utilizzo dell'eventuale studio medico.

2. La erogazione della assistenza nelle strutture di cui all'articolo 1, comma 1, lettera B) e C) del presente Allegato, avviene secondo le seguenti modalità organizzative:

a. l'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il medico di Assistenza Primaria, il medico della A.S. a ciò preposto ed il Direttore o il Responsabile della struttura.

b. l'impegno orario per il medico viene rapportato a 3 ore settimanali, senza obbligo di frequenza giornaliera ed esclusi i giorni festivi, ogni 30 assistiti affidati,

da 31 a 40 assistiti 4 ore settimanali

da 41 a 50 assistiti 5 ore settimanali

da 51 a 60 assistiti 6 ore settimanali

c. nel caso gli assistiti siano in numero inferiore a 30 l'impegno orario è il seguente:

fino a 9 assistiti 1 ora settimanale

da 10 a 19 assistiti 2 ore settimanali

da 19 a 30 assistiti 3 ore settimanali

e. Il rispetto dell'impegno di presenza oraria sarà documentato mediante firma di apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso del medico alla residenze protetta.

Art. 5 - Individuazione dei medici.

1. l'assistenza programmata di cui al presente Allegato, è erogata con le modalità previste dall'ACN da medici di Assistenza Primaria iscritti nell'ambito territoriale di ubicazione della struttura o, in subordine, tra quelli iscritti negli ambiti territoriali limitrofi, scelti dagli aventi diritto o dal loro legale rappresentante.

2. Ove il medico scelto dalla persona non sia iscritto negli ambiti territoriali di cui al comma precedente, è tenuto comunque al rispetto degli obblighi di cui al presente Allegato.

Art. 6 - Attivazione dell'assistenza.

1. L'Azienda Sanitaria individua e classifica, in applicazione delle disposizioni del presente Allegato e di ulteriori eventuali determinazioni regionali, sentite le OO. SS. rappresentative ai sensi del vigente ACN le residenze assistenziali di cui all'articolo 1 lettere A), B), C) e autorizza l'avvio dell'attività assistenziale secondo le modalità previste dall'articolo 4.

2. La modulistica necessaria alla gestione delle attività di assistenza nelle residenze assistenziali è predisposta dalle Aziende nel rispetto delle disposizioni contenute di cui al presente Allegato.

Art. 7 - Trattamento economico.

1. L'attività di assistenza programmata ai pazienti ospiti delle strutture di cui all'art. 1 viene retribuita in aggiunta alla quota fissa spettante al medico di famiglia, con un compenso forfettario, differenziato in rapporto alla tipologia della struttura dove viene effettuata la prestazione, in quanto corrispondente ad un differente impegno professionale richiesto.

2. L'onorario professionale per assistito riferito ai commi precedenti viene articolato secondo le seguenti differenziazioni:

a. per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 1, comma 1, lettera A, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN, è corrisposto un compenso mensile di Euro 27,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti;

b. per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 1, comma 1, lettera B, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN, è corrisposto un compenso mensile di Euro 18,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti;

c. per le prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 1, comma 1, lettera C, oltre all'ordinario compenso economico a quota fissa previsto dall'art. 59 dell'ACN, è corrisposto un compenso mensile di Euro 9,00 per ciascun assistito, fino ad un massimo di compensi per 60 assistiti;

d. il compenso di cui alla lettera a) del presente comma è comprensivo di ADP, ADI, e delle prestazioni aggiuntive; il compenso di cui alla lettera b) del presente comma è comprensivo di ADP e delle prestazioni aggiuntive;

e. ai fini del pagamento delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D dell'ACN così come modificato dal presente Accordo, si fa riferimento a quanto previsto dal comma 4 dell'allegato D e dall'art. 59 dell'ACN.

Art. 8 - Modalità di pagamento.

1. Al fine della corresponsione della quota aggiuntiva, da effettuarsi entro i 2 mesi successivi a quello di competenza, il medico inoltra al Distretto, entro il 10 di ciascun mese, il foglio riepilogativo mensile degli accessi eseguiti, debitamente sottoscritto dal responsabile della

residenza protetta o della collettività, con indicazione del numero effettivo delle ore svolte dal medico all'interno della struttura.

Art. 9 - Sospensione del programma.

1. Il programma assistenziale di cui al presente Allegato è sospeso durante i periodi di ricovero ospedaliero dell'assistito, con conseguente sospensione dell'erogazione, per il periodo stesso, della quota aggiuntiva.

Art. 10 - Cessazione del programma.

1. Il programma assistenziale e il diritto a percepire le relative quote aggiuntive, cessano per:

- a) decesso dell'assistito
- b) dimissione definitiva dell'assistito dalla struttura
- c) cambio del medico

Art. 11 - Controversie.

1. Eventuali controversie interpretative insorte in sede di applicazione del presente Allegato, vanno sottoposte alla valutazione del Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN.

Art. 12 - Indicatori di efficienza e revisione qualità.

1. Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni degli operatori e aumentare l'indice di gradimento dei cittadini utenti, oltre che per una corretta distribuzione delle risorse, l'Azienda Sanitaria, d'intesa con i Sindacati rappresentativi ai sensi dell'ACN, attiva le procedure di valutazione e revisione per l'analisi dei percorsi, degli obiettivi da raggiungere, e di quelli raggiunti in rapporto a quelli prefissati, al fine di apportare gli opportuni correttivi.

2. La Regione ai fini di individuare gli strumenti per una valutazione di qualità finalizzata e specifica, provvederà alla definizione, entro sei mesi dalla entrata in vigore del presente Accordo, di un protocollo tecnico degli indicatori di qualità delle prestazioni erogate e del livello di soddisfazione degli utenti.

ALLEGATO Q Scheda 1 (FAX O MAIL)
Servizio Sanitario - Regione Sardegna

Azienda A.S. N° _____

ASSISTENZA DOMICILIARE TEMPORANEA PER ACUTI (ADTA)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Tel: _____

Residente a _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Codice Fiscale

Domicilio durante la malattia _____

Il paziente presenta:

- infezione acuta grave dell'apparato respiratorio
- _____

Quadro clinico:

Durata prevista del programma di assistenza:

- 1 settimana
- 2 settimane
- 3 settimane

Numero di accessi del MMG previsti: _____ / settimana

E' necessario l'intervento di **Infermiere professionale** _____ **accessi / settimana**

Specialista _____

Data _____

Timbro e firma del medico

Diario clinico ____ Paziente _____ pagina n. _____

(Evoluzione del quadro clinico, accertamenti specialistici, terapia, monitoraggio ed esiti del trattamento e prestazioni effettuate per ciascun accesso)

Data	Quadro clinico terapeutico

STANDARD MINIMO PER DOTAZIONI TECNICO-STRUMENTALI
NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

DOTAZIONE STRUMENTALE:

1. Fonendoscopio (per adulti e pediatrico)
2. Sfigmomanometro (pediatrico, per adulti e per adulti obesi)
3. Otoscopio e specula
4. Pallone AMBU e dotazioni accessorie
5. Bombole di ossigeno terapeutico con dotazioni accessorie (di cui una a grande capacità per l'ambulatorio e due portatili da 5 litri)
6. Set per chirurgia ambulatoriale (monouso)
7. Forbici
8. Pinze anatomiche e chirurgiche
9. Lampadina diagnostica
10. Riflettometro e relative strisce reattive per glicemia
11. Strisce reattive per urine
12. Termometro
13. Ossimetro

PRESIDI SANITARI:

1. Abbassalingua monouso
2. Aghi a farfalla assortiti
3. Aghi per sutura di varie misure
4. Agocannula assortiti
5. Alcool, e disinfettanti (acqua ossigenata, amuchina, soluzione dakin, ecc.)
6. Cotone idrofilo
7. Deflussori
8. Garze sterili, bende elastiche, cerotti assortiti
9. Ghiaccio istantaneo
10. Guanti in lattice monouso sterili e non in varie misure
11. Mascherine chirurgiche
12. Occhiali protettivi
13. Siringhe monouso assortite
14. Steri-strip per piccole suture cutanee
15. Cateteri assortiti
16. Sacche per la raccolta delle urine
17. Soluzione fisiologica 500 ml, 250 ml, 100 ml
18. Fiale di glucosata al 33%
19. Soluzione glucosata 5% 500 ml, 250 ml.

PRESIDI FARMACOLOGICI:

1. Acido tranexanico: fiale
2. Adrenalina: fiale, fast-jet
3. Aminofillina: fiale im e ev
4. Atropina: fiale
5. Betametasone: fiale, compresse, collirio
6. Bromazepam: gocce
7. Cimetropio bromuro: gocce, fiale
8. Clorfenamina maleato: fiale
9. Clorpromazina: fiale
10. Desametasone fosfato: fiale
11. Diazepam: gocce, fiale
12. Diclofenac: fiale
13. Digossina: fiale
14. Eparina calcica: fiale
15. Floroglucina: fiale
16. Furosemide: fiale
17. Gentamicina: collirio, crema
18. Glucagone: fiale
19. Idrocortisone: fiale
20. Immunoglobulina umana antitetano: fiale
21. Insulina pronta: fiale
22. Isosorbide dinitrato: compresse sublinguali
23. Ketoprofene: fiale, compresse
24. Ketorolac trometamina: gocce, fiale
25. Lisina acetilsalicilato: fiale, bustine
26. Magnesio idrossido: compresse
27. Metadoxina: fiale
28. Metoclopramide: fiale
29. Midodrina cloridrato: gocce
30. Naloxone: fiale
31. Omeprazolo: compresse, fiale
32. Ossibuprocaina cloridrato: collirio
33. Oxatomide: gocce
34. Oxedrina tartrato: gocce
35. Paracetamolo: gocce, compresse, supposte
36. Prometazina: fiale
37. Propafenone: fiale
38. Ranitidina: fiale
39. Salbutamolo: spray, fiale
40. Scopolamina butilbromuro: fiale
41. Sucralfato: bustine, compresse

SONO ESCLUSI I FARMACI IN FASCIA H

SUPPORTO LOGISTICO

1. Telefono con segreteria telefonica
2. Lettino per visite mediche
3. Lampada tipo scialitica
4. Piantana per fleboclisi
5. Teli per lettino usa e getta
6. Scrivania
7. Letto e comodino
8. Armadio per farmaci e strumentario con serratura
9. Armadio per effetti personali con serratura
10. Piccolo frigorifero con serratura
11. Sedie per sala visite (almeno tre)
12. Sgabello girevole

PROGETTO OBIETTIVO**VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEL MCA NEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE**Obiettivi

Questo progetto si propone come obiettivo generale il miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle Cure Primarie, favorendo e valorizzando il ruolo del MCA attraverso:

- l'attivazione di nuove vie di comunicazione tra i medici delle Cure primarie;
- la creazione di una rete per lo scambio di informazioni tra MCA e MMG e tra MCA e PLS, integrata nei servizi informativi regionali;
- la sperimentazione della complementarietà/continuità di cura tra MCA e MMG/PLS.

Modalità d'attuazione

1. Sperimentazione di condivisione di dati e continuità di cura tra MCA e MMG.

Si prevede che i MCA siano coinvolti attivamente, mediante la partecipazione alla rete di comunicazioni certificate tra MCA e MMG, partendo dal programma di informatizzazione MEDIR che prevede il coinvolgimento del Servizio di CA, in corso di attuazione. In particolare si prevede che:

- Il MCA trasmette per via informatica una relazione sintetica (Allegato J) al MMG per ogni intervento effettuato ovvero tramite documento cartaceo consegnato all'assistito, e conservato in copia presso il punto guardia;
- Il MCA si attiva in relazione ad eventuali comunicazioni provenienti dal MMG relative a singoli assistiti.

La gestione della copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore per i pazienti cronici e fragili sarà così più appropriata, dando anche una risposta più puntuale alle richieste della popolazione.

E' fatto salvo quanto già previsto in questo Accordo per gli istituti ADI di III livello e ADTA.

E' prevista una formazione condivisa tra MCA e MMG/PLS.

2. Sperimentazione di continuità di cura tra MCA e PLS

In questo caso il coinvolgimento del MCA prevede la trasmissione per via informatica di una relazione sintetica (Allegato J) al PLS per ogni intervento effettuato ovvero la consegna di un documento cartaceo all'assistito.

3. Valorizzazione del ruolo del MCA nel sistema delle Cure Primarie

E' previsto per i MCA che aderiranno al progetto, il coinvolgimento in via prioritaria nell'effettuazione, al di fuori dell'orario di servizio, di attività correlate ovvero a supporto delle attività distrettuali a carattere sperimentale da definire in Comitato Aziendale. Le ore aggiuntive svolte dal MCA in attività diurne e feriali non contribuiscono a determinare il massimale orario.

Remunerazione

Il progetto è finanziato con un importo totale di € 193.051,00. Eventuali residui sono vincolati al finanziamento di ulteriori attività della CA da definire in seno al Comitato Regionale.

Le modalità di riconoscimento economico per i MCA per il primo anno di attività, sono determinate dal raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- a) trasmissione al MMG/PLS di un numero di relazioni sintetiche superiore al 60% degli interventi effettuati
- b) attivazione in relazione alla messa a disposizione di informazioni-richieste provenienti dal MMG in almeno il 40% dei casi

e sarà pari ad un incentivo di € 10,00 omnicomprensivo per turno prestato.

La liquidazione avverrà nel mese successivo alla presentazione del riepilogo dell'attività svolta (Scheda 1CA).

Nel I anno di attività è previsto il coinvolgimento sino al 20% dei MCA titolari a tempo indeterminato per un solo rapporto convenzionale, con una copertura stimata del 25% degli assistiti.

Procedura di attivazione

L'attivazione del progetto ha inizio dal giorno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo. Le domande per l'attivazione di questo istituto (Scheda 2CA) sono inoltrate all'Azienda Sanitaria di appartenenza che, entro 15 giorni dal ricevimento, invia la richiesta al Comitato regionale per la valutazione di competenza della consistenza del fondo. Il Comitato entro 30 giorni dal ricevimento comunica il parere all'Azienda che, entro 15 giorni, lo comunica al MCA. In caso di parere positivo l'indennità è corrisposta dalla data di presentazione della richiesta.

Indicatori

Il processo di valutazione, finalizzato alla conferma del progetto, si basa sulla verifica del raggiungimento degli obiettivi specifici. A tal fine il MCA invierà alla AS un riepilogo annuale dell'attività svolta mensilmente (Scheda 3CA).

PROGETTO OBIETTIVO
VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEL MCA NEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL N° _____ LOCALITA' _____

TIPO DI INTERVENTO : AMBULATORIALE DOMICILIARE TERRITORIALE

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

COGNOME E NOME _____ SESSO M F ETA' _____

COD. FISCALE _____ RESIDENZA _____

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DOTT. _____

LOCALITA' _____

MOTIVI E CIRCOSTANZE: VISITA MEDICA PRESCRIZIONE FARMACI RIPETIZIONE PRESCRIZIONE FARMACI

PRESCRIZIONE SU INDICAZIONE : SPECIALISTICA DIMISSIONE OSPEDALIERA

RELAZIONE MEDICA

PARAMETRI CLINICI RILEVATI

P.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ T.C. _____ HGT _____ SPO₂ _____ CUTE _____

APP. CARDIOVASCOLARE

TONI CARD. RITMICI SI NO
 POLSI PERIFERICI NORMOSF. SI NO
 EDEMI DECLIVI SI NO

APP. RESPIRATORIO

MURMURE VESCICOLARE SI NO
 FVT NORMOTRASMESO SI NO
 SIBILI SI NO
 RUMORI UMIDI SI NO

APP. GENITOURINARIO

GIORDANO POSITIVO SI NO
 EMATURIA SI NO
 DISURIA SI NO

APP. ADDOMINALE

BLUMBERG SI NO
 MURPHY SI NO
 MAC BURNEY SI NO
 ALVO REGOLARE SI NO
 PERISTALSI PRESENTE SI NO

SIST. NERVOSO E PSICHE

PZ ORIENTATO SI NO
 PERDITA DI COSCIENZA SI NO
 DEFICIT MOTORIO SI NO
 DEFICIT SENSITIVO SI NO
 AGITAZIONE PSICOMOT. SI NO

ORGANI DI SENSO

DISTURBI VISIVI SI NO
 DEFICIT UDITIVI SI NO
ALLERGIE SI NO
G6PD CARENZA SI NO

TERAPIA _____

ESITO INTERVENTO _____

INTERVENTO CON CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE SI NO

FIRMA DELL' UTENTE

FIRMA DEL MEDICO

DATA ____ / ____ / ____

SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO OBIETTIVO

VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEL MCA NEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____, il _____, residente a _____, via _____, CAP _____ titolare di un unico rapporto convenzionale a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale, operante nel punto guardia di _____, chiede di poter aderire al Progetto *Obiettivo Valorizzazione del ruolo del MCA nel sistema delle cure primarie*.

Il sottoscritto si impegna a seguire le linee guida del progetto e di dare inizio all'attività prevista dal _____.

Data _____

Timbro e Firma

NORMA FINALE n. 1

I precedenti Accordi Integrativi Regionali inerenti l'Assistenza Primaria sono abrogati.

NORMA FINALE n.2

Le parti si impegnano entro 45 (quarantacinque) giorni a verificare le sedi dove confermare la presenza della vigilanza armata.

NORMA TRANSITORIA

Se, nel corso della vigenza, dovessero rendersi disponibili fondi aggiuntivi, saranno destinati, sentito il Comitato Regionale, ad integrare gli istituti e i progetti previsti dal presente Accordo.

DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo entra in vigore a decorrere dal giorno successivo all'adozione della relativa Deliberazione della Giunta Regionale ed è valido fino all'approvazione del successivo Accordo Regionale, per le parti che non confliggono con il nuovo ACN.

FINANZIAMENTO A.I.R.

ASSISTENZA PRIMARIA

<i>Voci</i>	<i>Valori</i>	<i>%</i>	<i>Importi</i>	FINANZIAMENTO
<i>Art.59 lett B c.1 fondo a riparto</i>	2,99		4.318.585,57	
<i>Art. 59 lett.B c.2 fondo increm</i>			1.372.000,00	
<i>Art.59 lett. B c.3</i>	2,00		2.888.686,00	
<i>Art. 59 lett. B c 15 governo clinico</i>	3,08		4.448.576,44	4.448.576,44
TOTALE ACN			13.027.848,01	
<i>FINANZIAMENTO AIR</i>				
Medicina di Gruppo	7,50	23,00	2.491.491,68	
Medicina in associazione	2,58	36,00	1.341.505,78	
Medicina in rete	5,20	21,00	1.577.222,56	
Collaboratore di studio	5,00	27,00	1.949.863,05	
Infermiere	5,00	2,00	144.434,30	
Informatizzazione (art 46 lett c2 e 3)	77,47	75,00	948.232,80	
TOTALE FORME ASSOCIATIVE			8.452.750,16	8.452.750,16
Incremento informatizzazione	22,53	77,00	283.120,99	
Progetti cdv e rene	2,00	40,00	1.155.474,40	
Progetto Diabete	150,00	10000	1.500.000,00	
Disponibilità telefonica	3,50	76,00	3.841.952,38	
Potenziamento domiciliarità			500.000,00	
Indennità morbilità	0,50	100,00	722.171,50	
Contrattazione aziendale			729.802,14	
TOTALE PROGETTI			8.732.521,41	8.732.521,41
TOTALE FINANZIATO A.P.				21.633.848,01

TOTALE FONDO

Forme associative	Compenso ex art 59 lett. B comma 1	2,99	4.318.585,57
	Compenso ex art. 59 lett B comma 3	2	2.888.686,00
	Importi art. 59 lett B comma 2		1.372.000,00
Governo clinico	Compenso ex art 59 lett B comma 15	3,08	4.448.576,44
TOTALE ACN			13.027.848,01

RIEPILOGO FONDI

RISORSE REGIONALI INTEGRATIVE	Assistenza Primaria	8.606.000,00
	Continuità Assistenziale	2.772.035,00
	Emergenza Territoriale	515.000,00
TOTALE RISORSE INTEGRATIVE REGIONALI		11.893.035,00
TOTALE FONDO		24.920.883,01