

DELIBERAZIONE 24 novembre 2008, n. 972

**Recepimento Accordo Regionale dei medici di continuità assistenziale in applicazione dell'ACN 23.03.2005.**

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che:

- è stato sottoscritto in data 23 marzo 2005 l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2272, che disciplina, fra l'altro i rapporti convenzionali fra i medici di continuità assistenziale e le Aziende sanitarie;

- la Giunta Regionale con la deliberazione n. 653 del 20.6.2005 ha costituito il comitato regionale di cui all'art. 24 del succitato accordo collettivo nazionale;

- il Comitato Regionale ex art. 24 nella seduta del 21 luglio u.s. ha affrontato gli aspetti organizzativi dei lavori del Comitato al fine di consentire l'apertura delle trattative nei termini convenzionali previsti, istituendo tavoli di lavoro Regione/Aziende/SdS/OOSS;

- il Comitato regionale ha definito nell'ambito delle sue competenze una proposta di accordo da sottoporre alla sottoscrizione dell'Assessore Regionale, della delegazione dei Direttori Generali, della delegazione dei Presidenti delle Società della Salute e delle OOSS dei medici di continuità assistenziale, FIMMG, SMI, Intesa sindacale e CGIL;

- è stato sottoscritto in data 7 marzo 2008 dalla Fimmg e dall'Assessore regionale al Diritto alla salute un accordo che prevedeva, fra l'altro, l'impegno alla definizione in tempi brevi della trattativa con i medici di continuità assistenziale;

Ritenuto necessario prevedere sinergie ed integrazioni per addivenire a modelli organizzativi innovativi integrati da realizzarsi comunque attraverso l'assunzione di ruoli ben definiti da parte di tutti gli operatori della medicina del territorio;

Considerato che l'attività del medico di continuità assistenziale deve essere integrata con quella del medico di assistenza primaria e del pediatra di famiglia nell'ottica della garanzia della continuità delle cure;

Visto l'Accordo Regionale dei medici di continuità

assistenziale, allegato A, che costituisce parte integrante alla presente deliberazione, sottoscritto dall'Assessore Regionale, dalla delegazione dei Direttori Generali, dalla delegazione dei Presidenti delle Società della Salute e dalle OOSS dei medici di assistenza primaria, FIMMG, SMI, Intesa sindacale e CGIL;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo di cui all'Allegato A, che forma parte integrante alla presente deliberazione;

2. di precisare che gli oneri aggiuntivi, derivanti dall'attuazione del presente provvedimento, e che verranno riassorbiti dai bilanci delle aziende sanitarie, sono stimati come segue:

- anno 2008:

- 90.000 euro per il riconoscimento dell'indennità di rischio da erogare con decorrenza 1.1.2008, come risulta al punto 29 dell'Accordo regionale sottoscritto (allegato A);

- anno 2009:

- 340.000 euro annui per il riconoscimento dell'istituto della reperibilità previsto dall'ACN 23.3.2005 e disciplinato al punto 10) dell'Accordo, allegato A);

- 100.000 euro annui per il riconoscimento del ruolo di referente di sede di cui al punto 13 dell'Accordo, allegato A);

- 55.000 euro annui per l'aumento del compenso erogato ai medici che effettuano turni svolti in specifici giorni festivi, secondo quanto previsto al punto 28 dell'Accordo, allegato A);

- 90.000 euro per il riconoscimento dell'indennità di rischio, secondo quanto previsto al punto 29 dell'Accordo, allegato A);

3. Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. f della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima LR 23/2007.

*Segreteria della Giunta*

*Il Direttore Generale*

Valerio Pelini

SEGUE ALLEGATO

## **Accordo regionale per la continuità assistenziale in applicazione dell'ACN dei medici di medicina generale del 23 marzo 2005**

### Visti

- l'Atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2272 del 23 marzo 2005 che ha recepito l'Accordo collettivo nazionale (ACN) per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, in particolare il capo III "La continuità assistenziale";
- il PSR 2008- 2010 che chiede al "...territorio di adottare modalità organizzative simili al modello ospedaliero per garantire una continuità assistenziale di qualità 24 h al giorno per 365 giorni l'anno, tale da assicurare il mantenimento del riferimento assistenziale, e quindi le cure migliori, soprattutto a quei pazienti già inseriti in programmi di terapia domiciliare, AD I, o altre forme di presa in carico da parte del sistema delle cure primarie...."
- la delibera della Giunta regionale n. 685 del 26 giugno 2001 "Accordo integrativo per la continuità assistenziale in applicazione del DPR 270/2000", per quanto rinviato dal presente Accordo;
- la delibera della Giunta regionale n. 653 del 20 giugno 2005 con la quale si è provveduto alla costituzione del Comitato regionale di cui all'art. 24 del succitato Accordo collettivo nazionale;
- la delibera Consiglio regionale n. 155 del 24 settembre 2003 che costituisce l'atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione e che, fra l'altro, prevede l'affidamento alle Società della salute del governo dell'offerta di servizi sanitari territoriali direttamente gestiti nella zona -distretto da comuni e Azienda unità sanitaria locale e, fra le competenze dell'Organo di Governo, prevede il compito di deliberare in materia di convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali;
- le delibere della Giunta regionale n. 269 del 22 marzo 2004 e n. 1339 del 20 dicembre 2004 che avviano la sperimentazione delle Società della salute in 19 zone socio sanitarie;
- la delibera della Giunta regionale n. 569 del 23 maggio 2005 che recepisce, fra l'altro, le indicazioni applicative dell'articolato di riferimento per la continuità assistenziale di cui all'Accordo collettivo nazionale;
- la delibera della Giunta regionale n. 1015 del 17 ottobre 2005 che ha recepito il Preaccordo della medicina generale, documento di condivisione di principi fondamentali sul ruolo del medico di medicina generale e sulla sua collocazione all'interno del SSR, con particolare riferimento al "governo clinico", all'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, alla strategia di sviluppo delle forme organizzate e agli obiettivi di salute;
- la delibera della Giunta regionale n. 196 del 20 marzo 2006 con cui è stata costituita la Commissione Regionale paritetica, denominata Collegio Arbitrale, già prevista dall'art. 30 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;

- il decreto del Direttore Generale della D.G. Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà n. 1863 del 28 marzo 2006 con cui sono stati nominati i componenti del Collegio Arbitrale, di cui alla delibera 196/2006;
- la delibera della Giunta regionale n. 148 del 26 febbraio 2007 “Assistenza farmaceutica 2007” ;
- la delibera della Giunta regionale n. 216 del 27 marzo 2006 con il quale è stato recepito l’Accordo regionale relativo ai medici incaricati di assistenza primaria, in attuazione dell’ACN del 23 marzo 2005;

Premesso che è necessario prevedere sinergie ed integrazioni per addivenire a modelli organizzativi innovativi integrati da realizzarsi comunque attraverso l’assunzione di ruoli ben definiti da parte di tutti gli operatori della medicina del territorio;

Rilevato che le “prestazioni assistenziali territoriali non differibili” sono rese con oneri a carico del SSR a favore dei cittadini residenti e/o domiciliati sanitarmente nel territorio della Regione Toscana;

Considerato che l’attività del medico di continuità assistenziale deve essere integrata con quella del medico di assistenza primaria e del pediatra di famiglia nell’ottica della garanzia della continuità delle cure;

Preso atto dei contenuti dell’Accordo del 7 marzo 2008 sottoscritto dalla Fimmg e dall’Assessore regionale al Diritto alla salute ;

**L’Assessore al Diritto alla Salute** .....

**I Direttori Generali componenti della delegazione:**

Direttore Generale Azienda USL 1 .....

Direttore Generale Azienda USL 3 .....

Direttore Generale Azienda USL 4.....

Direttore Generale Azienda USL 10.....

Direttore Generale Azienda USL 11 .....

**I Presidenti delle Società della Salute della delegazione:**

Presidente della Società della Salute  
“Bassa Val di Cecina” .....

Presidente Società della Salute “Prato”.....

Presidente Società della Salute“ Pisa” .....

Presidente Società della Salute “Mugello” .....

**Le OO.SS. firmatarie dell’Accordo Collettivo Nazionale:**

FIMMG .....

Federazione Medici - SMI .....

Intesa Sindacale .....

FP-CGIL Medici .....

**CONCORDANO**

gli obiettivi strategici della continuità assistenziale e gli strumenti utili al raggiungimento degli stessi come di seguito indicato.

Costituisce obiettivo prioritario che la continuità assistenziale (CA), in collaborazione con l’assistenza primaria e la pediatria di famiglia, eserciti il proprio ruolo di raccordo e, attraverso la costruzione di una base formativa adeguata, condivida con queste e le altre figure professionali che operano sul territorio, progetti di miglioramento delle prestazioni erogate.

In particolare, in primo luogo sarà importante definire il ruolo della CA nelle nuove forme organizzative territoriali.

Sono ritenuti strumenti adeguati al raggiungimento degli obiettivi individuali:

- l’applicazione di indicatori concordati per la valutazione delle attività della CA;
- l’attivazione di un monitoraggio continuo delle prestazioni;
- la previsione della presa in carico dei pazienti qualora prevista da un piano assistenziale già definito con l’assistenza primaria (ADI, ADP etc);
- la definizione della Carta dei servizi sanitari della CA, attraverso la quale il cittadino utente che accede al servizio conosca quali sono i servizi offerti e quindi le richieste possibili;
- la definizione di protocolli sulle tipologie di farmaci prescrivibili, finalizzati alla riduzione e al controllo della spesa farmaceutica ;
- la previsione della formazione continua obbligatoria (art. 20 ACN) entro il limite massimo delle 40 ore annuali individuali complessive, anche in caso di doppio rapporto, all’interno del massimale orario, volta a rispondere alle esigenze professionali della CA, con particolare riferimento alla gestione dei pazienti in età pediatrica, ai modelli di gestione delle cronicità, alle cure palliative e, ove la CA partecipi all’assistenza penitenziaria, un percorso di formazione specifico che renda il servizio sempre più efficiente e rispondente al quadro strategico configurato dagli accordi regionali ed aziendali.

### **1. Decorrenza economica dell'Accordo**

Il presente Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel BURT della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

### **2. Durata dell'Accordo regionale**

Il presente Accordo regionale ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

### **3. Costituzione fondo aziendale**

In ogni Azienda sanitaria è costituito un Fondo, alimentato dal 20% dell'importo versato dall'utente non residente e non domiciliato sanitarimente. La decorrenza del Fondo è concomitante alla realizzazione delle previsioni di cui ai punti 4 e 5 , punto 2.

Il Fondo sarà utilizzato per azioni progettuali rivolte ai medici della continuità assistenziale e sarà ulteriormente incrementato in relazione a specifici obiettivi concordati a livello aziendale.

### **4. Visite della continuità assistenziale ai non residenti e non domiciliati sanitarimente in Toscana**

L'attività della CA è rivolta, senza oneri a carico dell'utente e della Azienda sanitaria, ai residenti e domiciliati sanitarimente in Regione Toscana. Per gli stranieri in possesso del codice STP e per gli utenti senza fissa dimora l'Azienda sanitaria corrisponde il compenso previsto per le visite occasionali come di seguito indicato, salvo diversi accordi aziendali.

Per cittadini non residenti si intendono tutti i cittadini non residenti e non domiciliati sanitarimente in Toscana, compresi gli stranieri.

In tal caso il cittadino corrisponde al medico di continuità assistenziale i seguenti importi:

- 15 euro per la visita ambulatoriale
- 25 euro per la visita domiciliare .

Il medico che ha effettuato la visita rilascia all'utente apposita ricevuta utilizzando il ricevutario fornito allo stesso da parte dell'Azienda USL.

Il medico è tenuto a versare mensilmente o con modalità concordate a livello aziendale l'intero importo.

Il corrispettivo versato dall'utente è così ripartito:

1. 60% dell'importo al medico che ha effettuato la visita ;
2. 20% dell'importo al fondo aziendale da destinare alla continuità assistenziale, nell'ambito della trattativa aziendale ;
3. 20% dell'importo per l'Azienda USL .

### **5. Assistenza ai turisti**

Premesso che l'Accordo regionale dell'assistenza primaria, all'allegato Q-Assistenza ai turisti, recepito con delibera della Giunta regionale n. 216 del 27 marzo 2006, contiene già alcune indicazioni in merito all'assistenza ai turisti, in particolare per quanto riguarda:

1. l'individuazione delle località a forte flusso turistico ;
2. l'organizzazione del servizio ;
3. la retribuzione da parte dei turisti ;
4. l'informazione all'utenza

sono definite le seguenti ulteriori informazioni organizzative .

Il servizio di assistenza ai turisti, nelle località individuate da ciascuna Azienda sanitaria come località con forte flusso turistico è garantito:

A) qualora l'Azienda sanitaria non ritenga necessario ricorrere all'istituzione di appositi punti di guardia turistica e per questo servizio sia stata acquisita la disponibilità da parte dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di famiglia ad operare nel proprio ambulatorio convenzionato, attraverso:

1. gli stessi medici convenzionati per l'assistenza primaria e per la pediatria di famiglia con lo strumento della visita occasionale;
2. i medici convenzionati per la continuità assistenziale, durante l'orario di propria competenza, sempre con le tariffe previste per la visita occasionale; in questo caso il cittadino toscano turista non è tenuto a corrispondere alcun compenso. Il cittadino non iscritto al SSR corrisponde un compenso determinato in base alla tariffa prevista per la visita occasionale, che viene ripartita secondo la suddivisione di cui al precedente punto 4).

B) qualora l'Azienda sanitaria ritenga necessario ricorrere anche all'istituzione di appositi punti di guardia turistica, assegnando pertanto ulteriori incarichi convenzionali, procede alla pubblicazione del relativo bando. Gli incarichi orari sono conferiti fino ad un massimo di 48 ore complessive.

In prima istanza possono concorrere i medici convenzionati per l'assistenza primaria e per la continuità assistenziale che vengono graduati tenendo conto delle seguenti priorità:

1. medico titolare di incarico convenzionale presso l'Azienda sanitaria in cui insiste la località con forte flusso turistico secondo l'anzianità di incarico;
2. medico titolare d'incarico convenzionale con carico assistenziale inversamente proporzionale (fino al massimo impegno orario di 48 ore settimanali).

A parità di carico assistenziale si applicano i criteri di cui all'art. 65, comma 8.

Possono presentare domanda i medici iscritti in graduatoria, che saranno inseriti tenendo conto di quanto previsto all'art. 70 dell'ACN per la medicina generale del 23 marzo 2005, dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5, con il seguente ordine di priorità:

- a) medici presenti nella graduatoria regionale di settore che ne abbiano fatta richiesta;
- b) medici che hanno terminato il corso di formazione non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda sanitaria;
- c) medici non iscritti al corso di formazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda sanitaria;
- d) medici iscritti al corso di formazione o specializzazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda sanitaria.

I medici di cui ai punti b - c possono essere incaricati complessivamente per non più di tre mesi all'anno (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale e Assistenza Turistica).

I medici di cui ai punti b - c - d vengono inseriti nelle rispettive graduatorie di disponibilità secondo minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea con priorità per i medici inseriti nel territorio dell'Azienda sanitaria.

Ai medici di cui ai punti b - c - d gli incarichi vengono conferiti nel rispetto del massimale orario.

Il compenso da erogare a tutti i medici incaricati per il servizio di attività turistica svolto negli appositi punti istituiti dall'Azienda sanitaria è pari a:

- a) euro 20,84 per ogni ora di attività svolta;
- b) nel caso di utilizzo del proprio automezzo per l'esecuzione di servizi domiciliari, un rimborso forfettario pari al costo di un litro di benzina per ogni ora di attività;
- c) una percentuale pari al 30% del contributo versato dagli utenti a titolo di indennità di riscossione e rischio cassa.

Su tutti questi compensi l'Azienda versa i contributi previdenziali previsti dall'art. 72 dell'ACN.

## **6. Ricezione chiamate**

E' obbligatorio per le Aziende Sanitarie creare i presupposti affinché la ricezione della chiamata telefonica effettuata alla CA sia registrata su supporto magnetico.

In relazione a quanto previsto dell'art. 67, comma 7 dell'ACN 23 marzo 2005 devono essere acquisiti, preferibilmente attraverso supporto informatico, gli elementi conoscitivi di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

Per le prestazioni che si esauriscono con la conversazione telefonica si ritiene sufficiente la registrazione del nome e cognome del paziente, del motivo della chiamata, dell'orario della stessa e del numero telefonico.

I suddetti elementi informativi devono essere, con cadenza semestrale, inviati dalle Aziende sanitarie al Settore regionale competente al fine di consentire un'azione di monitoraggio continua dell'attività svolta nell'ambito del servizio di continuità assistenziale.

Una corretta tenuta del registro, oltre che essere obbligo contrattuale, per cui l'inadempienza comporta l'avvio del procedimento disciplinare di cui all'art. 30 dell'ACN, costituisce anche importante elemento di tutela per i professionisti.

## **7. Sicurezza nelle sedi**

Le Aziende Sanitarie devono provvedere attraverso gli uffici tecnici ad effettuare una ricognizione sullo stato delle postazioni adibite a sedi di continuità assistenziale nell'ottica dell'adeguamento alle norme vigenti in materia di sicurezza.

Le misure di sicurezza che le Aziende sanitarie, ove occorrono e dove sia tecnicamente possibile realizzare, sono tenute ad adottare nelle sedi di continuità assistenziale riguardano:

- a) sistemi anti-intrusione;
- b) sistemi atti a riconoscere chi è all'esterno;
- c) sistema per allertare le Forze dell'Ordine o pure sistemi sonori di allarme.

Il Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN provvederà ad effettuare, ad un anno dalla sottoscrizione del presente Accordo, una verifica generale sullo stato dell'arte dell'adeguamento delle sedi.

## **8. Assicurazione auto e identificazione mezzo**

Le Aziende sanitarie sono tenute a fornire al medico di continuità assistenziale l'automezzo di servizio.

Qualora le Aziende per motivi eccezionali, per temporanee indisponibilità o per accordi locali non siano in grado di provvedere e richiedano al medico di utilizzare il proprio automezzo, lo stesso deve essere adeguatamente assicurato (assicurazione Kasco) da parte dell'Azienda, senza alcuna franchigia a carico del medico. Dal momento che l'Azienda fornisce l'automezzo di servizio al punto guardia il medico di continuità assistenziale è obbligato ad utilizzarlo.

Le Aziende provvederanno a fornire ai medici di CA, in caso di utilizzo di mezzo proprio, apposito contrassegno identificativo.

## **9. Rapporto ottimale**

Le parti concordano di mantenere l'assetto organizzativo vigente alla data di recepimento del presente Accordo, fino alla definizione del nuovo Contratto Nazionale e del correlato Accordo integrativo regionale.

Limitate variazioni organizzative e senza riduzione di posti di lavoro potranno essere concordate a livello aziendale con le OO.SS. .

## **10. Reperibilità**

L'istituto della reperibilità è da utilizzarsi unicamente al fine di garantire la copertura di assenze improvvise di medici incaricati del turno di lavoro in relazione a cause di forza maggiore, adeguatamente motivate.

E' fatto obbligo per le Aziende sanitarie organizzare i turni di reperibilità negli orari previsti dall'art. 71, comma 1 dell'ACN affidando incarichi a:

- titolari incaricati a tempo indeterminato ;
- sostituti titolari di un incarico a tempo determinato.

L'istituto della reperibilità viene organizzato a livello aziendale avendo riferimento di norma al rapporto di 1 reperibile ogni zona distretto.

Le ore svolte in forma di reperibilità non concorrono alla determinazione del massimale orario previsto.

La retribuzione è stabilita in euro 20,00 lordi, oltre ai contributi a carico dell' Azienda sanitaria, per turno di reperibilità.

L'organizzazione e l'attuazione dell'istituto della reperibilità per le isole è demandata ad Accordi aziendali.

In caso di eventi eccezionali non coperti dalla reperibilità (assenze non previste di medici) al medico che effettua il servizio anche su una postazione limitrofa, è riconosciuto un compenso aggiuntivo del 40 % della indennità oraria.

Sarà compito dei referenti delle sedi interessate organizzare la copertura del servizio.

## **11. Obblighi convenzionali**

Il medico di CA, al fine di garantire quanto previsto dall'art. 62, commi 1 e 2 dell'ACN, è tenuto a svolgere tutti i compiti istituzionali attribuiti allo stesso dall'art. 67.

In caso di impossibilità a svolgere il proprio turno, il medico di continuità assistenziale ha la possibilità di scambiare il turno, in ordine di priorità, con i colleghi della medesima postazione e con i colleghi delle postazioni limitrofe, nell'ambito della zona -distretto. E' consentito anche lo scambio dei turni di reperibilità allo scopo di garantire la regolarità del servizio. Il medico è considerato responsabile del turno assegnato e, pertanto, in caso di impossibilità all'espletamento del turno stesso, ricade sul medico l'onere di provvedere alla propria sostituzione o comunque in ultima istanza di avvisare il referente di sede e l'Azienda sanitaria.

Viene considerata inadempienza contrattuale e quindi sottoposta alle previsioni dell'art. 30 dell'ACN:

- l'inosservanza sistematica dei turni assegnati, eventualmente non giustificati che comporti anche una riduzione dell'orario previsto dall'Accordo nazionale;
- la ricusazione della reperibilità assegnata.

E' obbligo istituzionale del medico di continuità assistenziale, che riceve la richiesta, effettuare la constatazione di decesso, entro l'arco temporale del turno (art. 67 comma 16 lettera e, ACN).

## **12. Appropriatezza prescrittiva ( art. 27 ACN)**

I principi di continuità dell'assistenza, appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, riduzione degli sprechi, operare secondo principi di efficienza ed efficacia e di costo beneficio, riguardano tutto il Sistema sanitario regionale e per questo motivo, il raggiungimento di questi obiettivi deve costituire obiettivo prioritario anche per i medici della continuità assistenziale.

In particolare, per quanto riguarda la farmaceutica, si fa riferimento alla Legge 425 dell'8 agosto 1996 che ha stabilito, tra l'altro, in merito alle prescrizioni farmaceutiche, l'obbligo, da parte di tutti i medici del SSN, del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti dell'AIFA, l'obbligo della segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della Sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto.

Anche i medici della continuità assistenziale sono conseguentemente interessati dalla delibera della Giunta Regionale n. 148 del 26 febbraio 2007 Assistenza farmaceutica 2007, con la quale tutti i medici prescrittori sono coinvolti al raggiungimento di specifici obiettivi da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, al fine di contenere la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR entro il limite del 13% della spesa sanitaria complessiva.

## **13. Referente di sede**

Al fine di migliorare il servizio di continuità assistenziale e facilitare i rapporti tra i medici e l'Azienda sanitaria, possono essere conferiti da ciascuna Azienda incarichi di referenti di sede/sedi.

I referenti di sede/sedi sono nominati dall'Azienda sulla base di criteri concertati con le OO.SS. firmatarie del presente Accordo e rappresentate a livello aziendale. L'incarico di referente di sede può essere attribuito dalla Azienda allo stesso medico anche per più postazioni secondo criteri concordati con le OO.SS. di cui sopra.

L'incarico è annuale e tacitamente rinnovabile.

Compiti del referente di sede/sedi sono:

- collaborazione con il responsabile delle attività sanitarie di comunità per il mantenimento dei rapporti tecnico organizzativi;
- proposta al responsabile delle attività sanitarie di comunità aziendali di miglioramenti del servizio;

- predisposizione dei turni di servizio di guardia attiva. In mancanza di accordo i turni sono predisposti dal responsabile del servizio;
- vigilanza sulla corretta e completa compilazione del registro di attività di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo;
- predisposizione della reportistica mensile come da modello di cui all'Allegato B, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo, e trasmissione della stessa al responsabile individuato dall'Azienda;
- collaborazione per il trasferimento ai nuovi incaricati delle conoscenze sull'organizzazione del servizio di continuità assistenziale, compresa la conoscenza del territorio e dei servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento necessario per una corretta e sollecita attività;
- collaborazione per il trasferimento ai nuovi incaricati delle informazioni relative agli eventuali accordi aziendali;
- accordo con l'Azienda in merito alle modalità di tenuta dei farmaci e dei presidi medici e predisposizione della richiesta di approvvigionamento degli stessi.

Le attività sopra individuate non possono costituire ostacolo al normale svolgimento dell'attività derivante dai compiti istituzionali per garantire la continuità assistenziale attribuiti al medico cui è stato conferito l'incarico di referente.

Al referente di sede/sedi individuato è corrisposto un compenso mensile di base di 80 euro salvo incrementi concordati a livello aziendale in relazione ad ulteriori compiti assegnati.

#### **14. Compiti del medico di continuità assistenziale**

Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili domiciliari e territoriali: fra tali prestazioni rientrano anche quelle che assicurano la continuità terapeutica e assistenziale per i pazienti in ADI.

Non sono obblighi del medico:

- la prescrizione di esami diagnostici, di laboratorio e strumentali, salvo PDT concordati;
- la ripetizione di prescrizioni farmaceutiche, salvo i casi che rivestono carattere di urgenza. Le prescrizioni di farmaci con note AIFA potranno essere effettuate previa presentazione da parte dell'utente della documentazione clinica;
- la trascrizione su ricettario regionale di farmaci prescritti dai medici dei DEA o del PS e dai medici ospedalieri e/o universitari e di liberi professionisti; a tale proposito, al fine di garantire comunque tutta la necessaria assistenza sanitaria al cittadino, si attiva, entro tre mesi dalla sottoscrizione del presente accordo, un tavolo per la verifica dell'attuazione della delibera n. 1038/05;
- la prescrizione di ricoveri programmati;
- la somministrazione di terapia iniettabile programmata;
- la richiesta di trasporto sanitario ordinario programmato;
- il rilascio di certificazione non obbligatoria.

#### **15. Le prestazioni ambulatoriali**

Le prestazioni ambulatoriali nell'ambito della non differibilità competono al medico di C.A.

L'attività ambulatoriale programmata, a libero accesso, ove si evidenzino particolari situazioni di necessità e le condizioni strutturali lo consentano, deve essere concordata a livello aziendale con le OO.SS..

L'attività ambulatoriale nell'ambito di progetti specifici finalizzati dovrà essere concertata tra Azienda sanitaria e le OO.SS..

Gli aspetti organizzativi ed economici relativi al secondo e terzo capoverso, saranno stabiliti a livello aziendale, tenendo presente che tale attività non può arrecare disservizio alla funzione istituzionale svolta dal medico di continuità assistenziale.

#### **16. Sospensione parziale dell'attività convenzionale (art.18, comm i 3 e 4)**

In relazione al comma 3 dell'art. 18 dell'ACN 23 marzo 2005, la sospensione parziale dell'attività convenzionale per il medico di continuità assistenziale – che consiste nella effettuazione di un numero di ore non inferiore a 12 settimanali – si esplicita o nella riduzione del numero dei turni o, ove non arrechi pregiudizio alla organizzazione del servizio, nella riduzione del numero delle ore del turno.

Fermo restando quanto previsto dall'art.18, comma 4 dell'ACN, l'Azienda Sanitaria può, su richiesta dell'interessato/a ridurre l'orario di lavoro a 12 ore settimanali con l'eventuale assegnazione di turni solo diurni, per tutto il periodo della gravidanza e per tutte le fattispecie previste dal comma 3.

Il Comitato Aziendale valuta la possibile estensione a 30 mesi del periodo di sospensione parziale dell'attività convenzionale nell'arco di cinque anni, in presenza di situazioni particolari e supportate da adeguata documentazione.

Ai medici che operano con orario ridotto è riconosciuto un punteggio proporzionale all'attività svolta.

#### **17. Inabilità allo svolgimento dei compiti (art.73 comma 4)**

Fermo restando le previsioni dell'art. 18, punto 2, in merito alla sospensione dell'attività convenzionale, in caso di inabilità parziale, per cause derivanti dallo svolgimento del servizio o per cause diverse, accertata dalla Commissione medico legale aziendale di cui alla legge 295/90, così come indicato dall'art. 19, comma 1, lettera f) e per la durata della stessa inabilità, le Aziende sanitarie, in applicazione dell'art. 73, comma 4, possono, su richiesta dell'interessato, ridurre l'orario di lavoro a 12 ore settimanali con l'eventuale assegnazione di turni solo diurni. Sono escluse le inabilità derivanti da malattia o infortunio, che sono coperte dalle relative assicurazioni.

Ai medici che operano con orario ridotto è riconosciuto un punteggio proporzionale all'attività svolta.

#### **18. Carta dei servizi**

Ad integrazione di quanto previsto nel Preaccordo della Medicina Generale del 29 settembre 2005 in merito alla Carta dei servizi contenente "Informazioni utili ad un corretto utilizzo dei servizi territoriali messi a disposizione dal Sistema sanitario toscano", si concorda che, per quanto attiene la continuità assistenziale, gli elementi minimi comuni che devono essere previsti nella carta dei servizi sono i seguenti:

- a) orario di attivazione del servizio e destinatari;
- b) gratuità del servizio e compartecipazione alla spesa;
- c) modalità di accesso al servizio;
- d) compiti del medico di continuità assistenziale;
- e) prestazioni non di competenza del medico di continuità assistenziale.

La Carta dei Servizi, concordata a livello Aziendale, dovrà essere affissa nelle postazioni di CA.

### **19. Rapporti con il 118**

Nel caso in cui la chiamata del cittadino pervenga alla Centrale Operativa del 118, la valutazione della criticità dell'evento (attraverso l'intervista telefonica) e la conseguente risposta territoriale può comportare, in caso di prestazione non differibile e con l'esclusione dei codici rosso e giallo, la trasmissione della telefonata al medico addetto alla continuità assistenziale.

Nel caso in cui il medico di continuità assistenziale, in quanto titolare della presa in carico del paziente, ravvisi la necessità di attivare un mezzo del 118, dovrà inoltrare personalmente la richiesta alla Centrale Operativa anche nel caso in cui tale necessità si manifesti nel corso del contatto telefonico.

Analoga procedura dovrà essere applicata anche in caso di richiesta di trasporto del paziente in Pronto Soccorso per l'effettuazione di esami e/o consulto specialistico.

Le Aziende sanitarie dovranno dotare ciascuna sede di apposito cellulare per favorire adeguata e continua comunicazione fra Centrale Operativa e continuità assistenziale.

Le parti effettueranno riunioni periodiche per la valutazione di eventuali criticità emerse durante l'espletamento del servizio.

### **20. Rapporti con il medico di assistenza primaria**

Ai sensi dell'art. 69, comma 3 dell'ACN, per una maggiore integrazione professionale con la medicina generale e la pediatria di famiglia, quanto previsto dal comma 4 per quello che riguarda il modulario informativo, potrà essere effettuato mediante l'utilizzo di strumenti informatici.

Le parti ritengono che la Carta dei Servizi di cui al punto 18 debba essere condivisa con le altre componenti della assistenza primaria.

### **21. Compensi per le sostituzioni sindacali dei medici che partecipano a comitati e commissioni**

L'ammontare orario (riferito sia alla durata della seduta, sia al tempo di viaggio) del rimborso della spesa per la partecipazione a Comitati e Commissioni, anche a livello aziendale, previsti dall'Accordo Nazionale e da normative nazionali e regionali è di euro 25,00, oltre alle spese di viaggio corrisposte nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica amministrazione. Tale onere è a carico dell'Azienda sanitaria d'iscrizione del medico titolare al quale l'ammontare del rimborso è direttamente corrisposto nel cedolino mensile alla voce "rimborsi sostituzioni sindacali".

### **22. Verifiche e monitoraggio**

E' opportuno prevedere un'azione di monitoraggio volta a:

- valutare gli esiti della nuova modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria turistica ;
- verificare il numero di richieste di erogazione di assistenza sanitaria rivolte alla continuità assistenziale da parte di cittadini non residenti in Toscana;
- verificare l'operatività delle sedi ed i conseguenti carichi di lavoro.

### **23. Attribuzione incarichi**

Al fine di consentire gli eventuali trasferimenti interni, prima della assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, le Aziende sanitarie dovranno provvedere a comunicare formalmente ai medici già titolari di incarico le postazioni disponibili rese vacanti.

Per quanto riguarda la attribuzione degli incarichi vacanti, si applicherà il seguente criterio:

- 20 % dei posti disponibili ai medici equipollenti
- 80 % dei posti disponibili ai medici formati.

### **24. Gestione Massimali**

L'Azienda sanitaria, per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 65 commi 5 e 6 dell'ACN, al raggiungimento delle 650 scelte per l'assistenza primaria e di 350 scelte per la pediatria di famiglia, escluse le scelte a scadenza, comunica al medico titolare di continuità assistenziale e di assistenza primaria o pediatria di famiglia che, qualora nei successivi sei mesi la media del numero di scelte in carico sia pari o superiore al suddetto limite, alla scadenza del sesto mese verrà dichiarata la cessazione del rapporto convenzionale. In tal caso, al fine di consentire il graduale passaggio al rapporto esclusivo di assistenza primaria, il medico potrà svolgere attività di continuità assistenziale nei sei mesi successivi alla cessazione dal suo incarico a tempo indeterminato, con un impegno orario pari a n. 12 ore settimanali, assicurando la copertura di ore eventualmente disponibili presso le postazioni aziendali, con priorità rispetto agli aventi diritto ad incarichi temporanei o provvisori.

### **25. Incarichi provvisori**

Per particolari situazioni dovute alla mancanza di medici cui conferire l'incarico con le procedure e la durata fissate dall'art. 70 dell'ACN e per l'inderogabile necessità di garantire il servizio si procede come di seguito descritto.

La Regione pubblica annualmente sul BURT e sul sito ufficiale della regione toscana:

- a) la graduatoria di settore per l'anno di riferimento;
- b) gli indirizzi delle Aziende sanitarie toscane a cui inviare le domande di disponibilità per eventuali incarichi di sostituzione compreso il numero di fax e indirizzo mail.

Le Aziende dal primo giorno lavorativo al 13 di ogni mese, affiggono sulle bacheche degli uffici aziendali di cui alla precedente lettera b), nonché presso le postazioni di continuità assistenziale e ove possibile sul sito internet aziendale, gli incarichi provvisori e di sostituzione che si renderanno disponibili a decorrere dall'inizio del mese successivo, nonché gli incarichi attribuiti nel mese in corso.

Gli interessati, entro gli stessi termini, potranno dichiarare per iscritto anche tramite fax o posta elettronica, la loro disponibilità alla copertura degli incarichi temporanei, indicando un eventuale ordine di preferenza.

La copertura delle ore disponibili sarà assicurata prioritariamente dai medici cessati dall'incarico a tempo indeterminato per raggiungimento del limite di scelte di cui all'art. 65 dell'ACN i quali, nei sei mesi successivi alla cessazione dal loro incarico, chiedano di svolgere attività di sostituzione per n. 12 ore settimanali fino ad un massimo di sei mesi successivi alla cessazione dell'incarico a tempo indeterminato.

Fatta eccezione per i casi suddetti, gli incarichi provvisori e di sostituzione vengono affidati, fino ad un massimo di dodici mesi, per 24 ore settimanali ai medici inseriti in graduatoria regionale nel rispetto della vigente normativa contrattuale.

Nel caso in cui sia necessario proseguire la sostituzione, i successivi incarichi vengono attribuiti a medici disponibili presenti nella graduatoria regionale.

Un ulteriore incarico allo stesso medico potrà essere attribuito dalla stessa Azienda solo in assenza di disponibilità da parte di medici inseriti nella graduatoria regionale.

In caso di ore eccedenti l'Azienda concorda con i medici titolari incaricati a tempo indeterminato un aumento delle ore settimanali oltre il limite previsto dall'ACN fino ad un massimo 38 ore settimanali secondo l'anzianità di titolarità di incarico.

L'incarico provvisorio o di sostituzione cessa alla scadenza o al rientro anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento al medico interessato di incarico a tempo indeterminato.

Al solo fine di garantire il servizio, l'Azienda potrà conferire incarichi temporanei anche a medici non presenti nella graduatoria regionale nel rispetto delle seguenti priorità:

- a) medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda;
- b) medici non iscritti al corso di formazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda;
- c) medici iscritti al corso di formazione o specializzazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda.

I medici di cui ai punti a - b possono essere incaricati complessivamente per non più di tre mesi all'anno (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Assistenza Turistica e codici bianchi).

I medici di cui ai punti a - b - c vengono graduati secondo: minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea con priorità per i medici inseriti nel territorio dell'Azienda.

Ai medici di cui ai punti a - b - c gli incarichi vengono conferiti nel rispetto del massimale orario (AP, CA, Assistenza Turistica e codici bianchi).

Per i medici di cui ai punti a - b - c l'accettazione dell'incarico, non comporta la sicurezza di assegnazione dei turni, in quanto mensilmente le ore in eccedenza devono prima essere assegnate ai titolari fino al raggiungimento delle 38 ore settimanali.

Qualora le Aziende, nonostante le ulteriori assegnazioni di turni fatte ai sensi del presente articolo, si trovassero nella condizione di non poter assicurare il servizio di CA esse possono assegnare in deroga al massimale orario ulteriori turni ai medici titolari già incaricati nel servizio di CA che si dichiarino disponibili.

I medici di cui ai punti a - b - c all'atto dell'accettazione dell'incarico rilasciano all'Azienda apposita dichiarazione redatta ai sensi dell'art. 17 dell'ACN.

## **26. Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione**

In relazione al comma 12 dell'art. 31 dell'ACN si conviene che il criterio per la determinazione dei contingenti di personale medico di continuità assistenziale da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria consiste nella copertura di almeno il 70% delle postazioni.

E' rimessa alla valutazione aziendale la distribuzione territoriale di dette postazioni.

## **27. Attività continuativa**

Per particolari esigenze aziendali e previo assenso del medico, l'attività continuativa dei medici di continuità assistenziale può raggiungere la durata di 24 ore.

### **28. Indennità festiva**

Le ore di attività svolte nei giorni e negli orari sotto riportati saranno remunerate con una tariffa oraria maggiorata di € 14,00. Ulteriori eventuali maggiorazioni sono demandate alla contrattazione aziendale.

1° Gennaio	ore 08.00-20.00
6 Gennaio	ore 08.00-20.00
Pasqua	ore 08.00-20.00
Pasquetta	ore 08.00-20.00
25 Aprile	ore 08.00-20.00
1° Maggio	ore 08.00-20.00
2 Giugno	ore 08.00-20.00
15 Agosto	ore 08.00-20.00
24 Dicembre	ore 20.00-08.00
25 Dicembre	ore 08.00-20.00
26 Dicembre	ore 08.00-20.00
31 Dicembre	ore 20.00-08.00

### **29. Indennità di rischio**

L' indennità di rischio prevista dalla normativa vigente è fissata nella misura del 3,5% a decorrere dal 01 gennaio 2008 .

### **30. Ruolo della Continuità Assistenziale nell'Assistenza domiciliare**

I medici di CA garantiscono la loro partecipazione alle attività relative a ADI, hospice, ospedale di comunità, quando specificatamente previste dal piano assistenziale personalizzato autorizzato a livello distrettuale.

L'obiettivo è di evitare il ricorso inappropriato al 118/ Pronto Soccorso per i pazienti che si avvalgono delle forme di assistenza intermedia di cui sopra .

Nei casi suddetti il modello M di cui all'ACN viene sostituito dalla cartella clinica del paziente.

Al medico di CA che effettuerà gli accessi programmati e le prestazioni verrà corrisposto quanto già previsto nell'ACN, previa notulazione.

### **31. Distacco sindacale**

Alle OO.SS. firmatarie del presente accordo viene riconosciuto a livello regionale un distacco sindacale pari a un'ora/anno per ciascun iscritto .

## **NORME FINALI**

### **Norma Finale n. 1**

Per quanto non richiamato espressamente dal presente Accordo si fa riferimento a quanto già previsto nel precedente Accordo regionale.

Fino all'entrata in vigore dei nuovi Accordi aziendali, che devono essere sottoscritti entro 90 gg dal recepimento da parte della Giunta regionale del presente Accordo, restano in vigore i vigenti accordi aziendali.

### **Norma finale n. 2**

Le risorse finanziarie, eventualmente non utilizzate in relazione all'istituto "Referenti di sede", previsto dal presente Accordo, devono comunque essere destinate alla continuità assistenziale.

## **NOTE A VERBALE**

### **Nota a verbale n. 1**

L'organizzazione sindacale SMI, in relazione al punto 7 ) dichiara: “deve essere aggiunto nel testo un limite temporale di adeguamenti alle normative”,

Si associa anche l'Organizzazione sindacale “Intesa sindacale”

### **Nota a verbale n. 2**

L'organizzazione sindacale CGIL chiede di inserire al punto 11), ultimo rigo la parola “ripetuta” dopo la parola ricusazione.

### **Nota a verbale n. 3**

L'organizzazione sindacale Intesa sindacale auspica che, data la delicatezza dell'incarico, il referente di PET debba essere di norma uno per punto di guardia medica.

### **Nota a verbale n. 4**

L'organizzazione sindacale SMI ritiene incongruo e foriero di interpretazioni improprie il 1° capoverso del punto 15 “Le prestazioni ambulatoriali nell'ambito della non differibilità competono al medico di CA.”

### **Nota a verbale n. 5**

L'organizzazione sindacale Fimmg auspica che le Aziende UUSSLL provvedano presso le rispettive aziende ospedaliere affinché i pazienti che si recano direttamente presso i punti di Pronto Soccorso non vengano inviati presso le postazioni di continuità assistenziale del territorio

### **Nota a verbale n. 6**

L'organizzazione sindacale Cgil , relativamente al punto 14), “Compiti del medico di continuità assistenziale” dichiara quanto segue:

“Fermo restando l'impegno ad una piena applicazione della Delibera n 1038/ 2005, ove vi siano condizioni di necessità di rilievo ed oggettivamente non altrimenti risolvibili il medico di c.a. assicura che il cittadino venga comunque tutelato ”

### **Nota a verbale n. 7**

La Regione Toscana e la FIMMG concordano sulla necessità di andare al profondo rinnovamento del servizio di continuità assistenziale che potrà essere attuato con la nuova organizzazione funzionale di tutta la medicina generale ed il rapporto unico degli operatori del servizio di primo livello del SST.



## Allegato B

Azienda U.S.L. n. di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Postazione di \_\_\_\_\_

Mese di \_\_\_\_\_

	notturni	Prefestivi diurni	Festivi diurni	totali
Utenti				
Visite domiciliari				
Visite ambulatoriali				
Prescrizioni mediche				
Certificazioni				
Consigli telefonici				
Constatazioni decesso				

Data

Firma

**Allegato M**

**SERVIZIO CONTINUITÁ ASSISTENZIALE ASL \_\_\_\_\_**

SED E \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

DAT A \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

**GENERALITA' E INDIRIZZO PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Etá  Residente  S I  N O  Chiamata  Dir etta  1  1  8

**MOTIVO DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADDOMINALE          | <input type="checkbox"/> ORL                  | <input type="checkbox"/> IPERPIRESSIA NAS   |
| <input type="checkbox"/> CARDIOCIRCOLATORIA  | <input type="checkbox"/> PSICHIATRICA         | <input type="checkbox"/> CEFALEA NAS        |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGICA       | <input type="checkbox"/> RESPIRATORIA         | <input type="checkbox"/> OCULISTICA         |
| <input type="checkbox"/> GENITO - URINARIA   | <input type="checkbox"/> TOSSICO - METABOLICA | <input type="checkbox"/> NEOPLASTICA        |
| <input type="checkbox"/> MUSCOLOSCHLETRICA   | <input type="checkbox"/> TRAUMATICA           | <input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE |
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGICA         | <input type="checkbox"/> URGENZE CHIRURGICHE  | <input type="checkbox"/> ALTRO              |
| <input type="checkbox"/> ODONTOSTOMATOLOGICA | <input type="checkbox"/> ALLERGICA            |   |

**TIPO D'INTERVENTO :**

- DOMICILIARE  AMBULATORIALE

**SINTOMATOLOGIA RIFERITA :**


- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci  | <input type="checkbox"/> Certificazione |
| <input type="checkbox"/> Constatazione decesso | <input type="checkbox"/> Prognosi gg.   |
| <input type="checkbox"/> Terapia praticata     |   |

**ESITO DELL'INTERVENTO :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TRATTAMENTO DOMICILIARE        | <input type="checkbox"/> TRATTAMENTO AMBULATORIALE                |
| <input type="checkbox"/> RICHIESTO INTERVENTO DEU       | <input type="checkbox"/> INVIO IN PS CON AMBULANZA ORDINARIA      |
| <input type="checkbox"/> INVIO AL PS CON I PROPRI MEZZI | <input type="checkbox"/> RIFIUTA INVIO IN PS O TRATTAMENTO MEDICO |

**ANNOTAZIONI:**


\_\_\_\_\_  
**Firma del Paziente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Medico**

La presente va redatta in duplice copia